

健康保険 被扶養者（異動）届（任意継続者用）

※扶養削除の場合は、被保険者証を添付してください。

常務理事	事務長		担当

被保険者証の 記号番号	被保険者 氏名	フリガナ				生年月日				性別		資格取得年月日			
		昭和 平成	年	月	日	男 女	平成 令和	年	月	日					
被保険者 住 所	〒				電話	()				標準報酬 月 額				千円	

異動 の別	被扶養者の氏名		生 年 月 日				性別	続柄	職業 又は 学年	年間予定収入 (税込額)	世帯	扶養を始めた日 扶養をしなくなった日				個人番号(扶養削除の場合は記入不用)			
	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日						昭和 平成 令和	年	月	日	理 由・備 考			
増加・ 減少	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		円	同居 別居	令和	年	月	日					
増加・ 減少	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		円	同居 別居	令和	年	月	日					
増加・ 減少	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		円	同居 別居	令和	年	月	日					
増加・ 減少	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		円	同居 別居	令和	年	月	日					
増加・ 減少	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		円	同居 別居	令和	年	月	日					

※扶養削除をする場合は、個人番号の記入は必要ありません。

事業主の 確認	事務所所在地
	事務所名称
	事業主氏名
	電 話

社会保険労務士の提出代行記載欄

令和 年 月 日提出

受付日付印
