

健康保険 被扶養者（異動）届（増加）

常務理事	事務長		担 当

被保険者等 記号番号	1	被保険者 氏名	フリガナ ケンボ タロウ	生年月日				性別	資格取得年月日				
	2345678		健 保 太 郎	昭和 平成	年 5	月 0	日 0731	男 女	平成 令和	年 2	月 6	日 0401	
被保険者 住 所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-1			電話	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇				標準報酬 月 額	千円 5 6 0			

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	扶養をし始めた日		個人番号												資格確認書				
														理 由 ・ 備 考												発行可否				
増加	フリガナ ケンボ (氏) 健保	(名) ハナコ 花子	昭和 平成 令和	年 5	月 1	日 0831	男 女	妻	無職	0	円	同居 別居	令和 平成	年 01	月 05	日 01	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	☐ 発行が必要	
増加	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	続柄は長男、二女な ど詳しく記入してくだ さい。				同居 別居	令和 平成	年	月	日													☐ 発行が必要	
増加	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女						同居 別居	令和 平成	年	月	日													☐ 発行が必要
増加	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女						同居 別居	令和 平成	年	月	日													☐ 発行が必要
増加	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女						同居 別居	令和 平成	年	月	日													☐ 発行が必要

資格確認書の発行が必要な場合には、☒を付してください。
(マイナ保険証を利用される場合は記入不要です)
☒をした場合、「資格確認書(再)交付申請書」もご提出ください。

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