健康保険　被扶養者（異動）届　（任意継続者用）

※扶養削除の場合、資格確認書をお持ちの方は添付してください。

常務理事	事務長	担当

被保険者等記号番号	99	被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	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　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	扶養をし始めた日 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） 理由・備考	資格確認書 発行要否
増加・減少	ﾌﾘｶﾞﾅ （氏）	（名）	昭和・平成・令和　年　月　日	男・女			円	同居・別居	令和　年　月　日		□発行が必要
増加・減少	ﾌﾘｶﾞﾅ （氏）	（名）	昭和・平成・令和　年　月　日	男・女			円	同居・別居	令和　年　月　日		□発行が必要
増加・減少	ﾌﾘｶﾞﾅ （氏）	（名）	昭和・平成・令和　年　月　日	男・女			円	同居・別居	令和　年　月　日		□発行が必要
増加・減少	ﾌﾘｶﾞﾅ （氏）	（名）	昭和・平成・令和　年　月　日	男・女			円	同居・別居	令和　年　月　日		□発行が必要
増加・減少	ﾌﾘｶﾞﾅ （氏）	（名）	昭和・平成・令和　年　月　日	男・女			円	同居・別居	令和　年　月　日		□発行が必要

※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

令和　年　月　日提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行記載欄

ウエスタンデジタルテクノロジーズ健康保険組合 殿