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、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	フリガナ ケンポ　タロウ 健保　太郎	生年月日	性別	資格取得年月日
				昭和 平成 5 0 0 7 3 1	男 女	平成 令和 2 6 0 4 0 1
被保険者住所	〒 ○○○-○○○○ 東京都○○区○○町1-1-1	電話	○○（○○○○）○○○○	標準報酬月額		千円 5 6 0

異動の別	被扶養者の氏名 フリガナ	(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	ケンポ	健保	ハナコ 花子	昭和 平成 令和 5 1 0 8 3 1	男 女	妻	会社員	300万 円	同居 別居	令和 0 1 0 5 0	就職	□ 発行が必要
増加・減少				昭和 平成 令和	男 女			円	同居 別居	令和		□ 発行が必要
増加・減少				昭和 平成 令和	男 女			円	同居 別居	令和		□ 発行が必要
増加・減少				昭和 平成 令和	男 女			円	同居 別居	令和		□ 発行が必要
増加・減少				昭和 平成 令和	男 女			円	同居 別居	令和		□ 発行が必要

続柄は長男、二女など詳しく記入してください

個人番号（マイナンバー）は、扶養から削除する場合、**記入の必要はありません。**

扶養増加の方で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）

※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

ウエスタンデジタルテクノロジーズ健康保険組合 殿