

健康保険 被扶養者（異動）届（増加）

常務理事	事務長		担当

被保険者証の 記号番号	1	被保険者 氏名	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	年	月	日	男	平成	年	月	日			
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	扶養を始めた日				個人番号												
	フリガナ	(氏)	フリガナ	(名)	年	月						日	令和	年	月	日	理由・備考											
増加	ケンボ	ハナコ	昭和	年	月	日	男	妻	無職	0	同居	令和	年	月	日	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	退職
増加			昭和				男				同居	令和																
増加			昭和				男				同居	令和																
増加			昭和				男				同居	令和																
増加			昭和				男				同居	令和																

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、記入間違いのないよう
にご記入ください。

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 1 年 5 月 1 日提出
受付日付印