

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	被保険者 氏名と印	フリガナ	昭和 平成	生年月日			性別	資格取得年月日		
				年	月	日	男 女	平成 令和	年	月
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			個人番号										
	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	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	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	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	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	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										

事業主の 確認	事務所所在地	〒252-0888 神奈川県藤沢市桐原町1番地	
	事務所名称	株式会社HGSTジャパン	
	事業主氏名	ヒューマンリソース 部長代理 福尾 智行	
	電 話		

◎被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。
被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。 令和 年 月 日提出

社会保険労務士の提出代行印	
	印

受付日付印