

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	〇〇〇〇	被保険者 氏名と印	フリガナ ケンボ タロウ	健康	生年月日				性別	資格取得年月日			
	〇〇〇〇		健保 太郎		昭和 平成	年 5	月 0	日 07	男 女	平成 令和	年 2	月 6	日 04
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	年	月	日	理由・備考															
増加	ケンボ	ハナコ	昭和 平成 令和	5	1	08	3	1	妻	無職	0	同居	令和	0	1	05	0	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	退職
増加			昭和 平成 令和						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																		
増加			昭和 平成 令和									同居 別居	令和																		
増加			昭和 平成 令和									同居 別居	令和																		
増加			昭和 平成 令和									同居 別居	令和																		

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	〒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1年5月1日提出

社会保険労務士の提出代行印	
	Ⓜ

受付日付印