

決 裁		
常務理事	事務長	担当者

健康保険被扶養者（異動）届（記入例）

〇〇年〇〇月〇〇日 提出

被 保 険 者	被保険者証	記号 〇〇	番号 〇〇〇〇	住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇-〇〇	前年度 の収入	〇〇〇 千円					
	フリガナ 氏名	ケンボ タロウ 健保 太郎			性別 男 女	生年月日 昭・平 〇〇年 〇〇月 〇〇日	資格取得 年月日	昭・平 〇〇年〇〇月〇〇日			
	フリガナ 氏名	ケンボ ハナコ 健保 花子	続柄 妻	性別 男 女	生年月日 マイナンバー(終了時は不要) 昭・平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日	職業 無職	同居 別居 同別	開始 終了 始終	扶養開始または 扶養終了年月日 〇〇年〇〇月〇〇日	理由 結婚	
被 扶 養 者				男 女	昭・平・令 年 月 日		同 別	始 終	年 月 日		
				男 女	昭・平・令 年 月 日		同 別	始 終	年 月 日		
				男 女	昭・平・令 年 月 日		同 別	始 終	年 月 日		
				男 女	昭・平・令 年 月 日		同 別	始 終	年 月 日		

上記申請のとおり相違ないものと認めます。

事業主所在地
事業主の名称
電 話

受付日付印