

常務理事	事務長	担当
平成 年 月 日 決済		

被扶養者異動届

(増41 減51) いずれかを○で囲んでください

平成 **年 * 月 ** 日 提出

被保険者証	記号		番 号								氏 名	健保 太郎 印	性別	男 女	年齢	** 才
	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*						

続柄	フリガナ 氏 名		生年月日			性別	今回申請する 資格取得日・資格喪失日			職 業	月平均 収入額	世 帯	扶養増減の 理 由	健保記入欄 認定・削除年月日					
	ケンボ	ハジメ	昭3	年	月		日	昭3	年					月	日	昭3	年	月	日
長男	健保	一	平4	**	**	**	女6	平4	**	**	**	無職	〇〇万	同 別	出生	昭3	年	月	日
			昭3	年	月	日	男5	昭3	年	月	日			同		昭3	年	月	日
			平4				女6	平4						別		平4			
			昭3	年	月	日	男5	昭3	年	月	日			同		昭3	年	月	日
			平4				女6	平4						別		平4			
			昭3	年	月	日	男5	昭3	年	月	日			同		昭3	年	月	日
			平4				女6	平4						別		平4			
			昭3	年	月	日	男5	昭3	年	月	日			同		昭3	年	月	日
			平4				女6	平4						別		平4			

必要な添付書類

被扶養者「増」の届の場合には、「被扶養者認定に際しての必要添付書類」一覧を確認のうえ当該書類を添付してください

事業所名称・代表者氏名印