

正

被扶養者（異動）届

追加
削除
訂正

Table with columns: 常務理事, 事務局長, 処理者

健康保険被保険者証
記号 番号 被保険者の氏名 生年月日 配偶者の有無 性別 資格取得年月日 ※標準報酬月額
TEL () 被扶養者でない配偶者を有するときに記入してください。 配偶者の年間収入 ※認定済被扶養者数

※印欄は記入しないでください。

Table with columns: フリガナ 被扶養者の氏名, 性別, 生年月日, 個人番号, 被保険者の続柄, 職業, 被保険者との世帯別, 扶養しはじめた日, 扶養しなくなった日, 扶養することになった理由, ※認定年月日, ※前除年月日, 備考

注意事項

- 1.被保険者との続柄は「長男・父・義父・弟」等詳しく記入してください。
2.個人番号を必ず記入してください。
3.満16歳(高校生)以上の方は添付書類が必要です。
4.申請書、添付書類に不備や記入洩れがある場合は、認定できない場合がありますのでご注意ください。
5.扶養から除く場合は、その方の「健康保険被保険者証」等を添えて提出してください。
★被扶養者に異動があったときは、5日以内に事業主を経由して提出してください。

受付日付印

上記のとおり相違のないことを証明します。 平成 年 月 日
事業所所在地 〒 -
事業所名称
事業主氏名 (印)
電話 (局) 番

社会保険労務士の提出代行者印 (印)