

# 健康保険被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	部長	係長	係

令和 年 月 日 提出

事業主記入欄	事業所所在地	〒530-0012 大阪府大阪市北区芝田22-88-100
	事業所名称	産業機械株式会社
	事業主氏名	産業 太郎
	電話番号	06-6372-5501
下記のとおり被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します。 また、下記のとおり相違ないことを証明します。		
この届出については右欄の要件を満たしたものである。		
<input checked="" type="checkbox"/> 確認 申請者本人(被保険者)が記載したものである <input checked="" type="checkbox"/> 確認 記載内容について誤りがないか申請者本人(被保険者)に確認している		

受付日付印

社会保険労務士記入欄
氏名等

被保険者欄	被保険者記号・番号	9999	—	1234	生年月日	昭・平・令	6	0	1	0	0	1	性別	男・女	標準報酬月額	300	千円	
	氏名	(フリガナ) ケンポ	(氏) 健保	(名) タロウ	取得年月日	昭・平・令	0	2	0	5	0	1	個人番号					
	住所	〒111-0012	〇〇〇△△△□□□22-57															

- 被扶養者になった場合は「該当」、被扶養者でなくなった場合は「非該当」を○で囲んでください。
- 住所欄に住民票の住所を、居所が異なる場合は備考欄に居所を記載してください。

被扶養者欄1	氏名	(フリガナ) ケンポ	(氏) 健保	(名) カオリ	生年月日	昭・平・令	0	6	0	1	0	3	性別	男・女	続柄	「妻」「長男」「長女」等と記入してください 長女			
	住所	1.同居	〒 -	同上	個人番号	3	4	5	6	-	7	8	9	8	-	7	6	5	4
		2.別居																	

被扶養者欄2	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	昭・平・令							性別	男・女	続柄	「妻」「長男」「長女」等と記入してください
	住所	1.同居	〒 -		個人番号											
		2.別居														

被扶養者欄3	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	昭・平・令							性別	男・女	続柄	「妻」「長男」「長女」等と記入してください
	住所	1.同居	〒 -		個人番号											
		2.別居														

※被扶養者の「該当」と「非該当」は同時に提出できません。「該当」、「非該当」はそれぞれ別の用紙で提出してください。