

任継

健康保険被扶養者(異動)届

(被扶養者が保険に加入する・脱退するとき)

適用課長	課長補佐	担 当

①加入・脱退		②健康保険被保険者証の記号		③健康保険被保険者証の番号		④被保険者の氏名		⑤生年月日		⑥性別		⑦資格取得年月日		⑧標準報酬月額	
8001				(氏)		(名)				男 1 女 2				千 円	
⑨被保険者の住所				〒 -				⑩配偶者の有無		有・無		⑪出向等により当組合内で移行する場合		前事業所被保険者証の記号 番号	

ご記入・捺印お願いします

⑫被扶養者の氏名	⑬性別	⑭続柄	⑮生年月日	⑯職業	⑰月平均収入額	⑱世帯別	⑲届出の理由		⑳被扶養者になった日		㉑被扶養者から脱退する日		㉒備考
							加入	脱退	被扶養者認定日	脱退する日			
(ワガナ) (氏名)		*個人番号				同居・別居			年 月 日				
(ワガナ) (氏名)	男 1 女 2	*個人番号				同居・別居			年 月 日				
(ワガナ) (氏名)	男 1 女 2	*個人番号				同居・別居			年 月 日				
(ワガナ) (氏名)	男 1 女 2	*個人番号				同居・別居			年 月 日				

年 月 日提出

入力済 受付日

《注意事項》

- ◎ ㉑欄は記入しないでください。
- ◎ 個人番号は、加入のときに記入してください。脱退のときは記入不要です。