

常務理事	事 務 長	担 当

健康保険
被 扶 養 者 (異 動) 届 【増】

事業所担当者

被保険者が記入するところ (太枠内を記入してください)	記 号	被 保 険 者 氏 名				性 別		生 年 月 日				資 格 取 得 年 月 日											
						男	女																
		(カナ)				1	2	昭和 平成 令和	年	月	日	昭和 平成 令和	年	月	日								
	番 号				被保険者住民票住所				〒														
	被 扶 養 者 氏 名				性 別		生 年 月 日				続 柄	同居・別居	扶 養 し は じ め た 日 と そ の 理 由										
					男	女																	
	(カナ)				1	2	昭和 平成 令和	年	月	日	同居・別居	扶養しはじめた日		令和 年 月 日									
	(姓)											(名)				扶養しはじめた理由 ※下の該当する理由に○印を記入 () 出生による扶養申請 () 上記以外の理由 (詳細は扶養状況届に記入)							
	被 扶 養 者 住 民 票 住 所								被 扶 養 者 個 人 番 号								健 保 記 入 欄						
被保険者と同じ ☐				被保険者と別住所の場合は記入 〒								事業主経由で健保へ提出します								認定・削除 年 月 日			
令和 年 月 日 提出																							

資格確認書 発行要否	○
---------------	---

事	所在地
業	名称
所	事業主名

受付印