

正

健康保険被扶養者(異動)届 [増・減]

Table with columns: 常務理事, 事務長, 課長, 係長, 係員, 証取扱

事業所所在地, 事業所名称, 事業主氏名, 電話番号

年 月 日 提出

受付年月日

確認欄: この届出については、①または②の要件を満たしたものである。
① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
② 記載内容について、誤りがないか申請者本人(被保険者)が確認している。

社会保険労務士の代行者印

※印欄は記入しないでください。

被保険者欄: 記号, 番号, 取得年月日, 標準報酬月額, 氏名, 生年月日, 性別, 住所

扶養削除(減)の場合、個人番号は記入不要です。

区分が2、3の場合学生証コピーを添付ください。

被扶養者欄 1: 氏名, 生年月日, 性別, 続柄, 区分, 住所, 収入の内訳, 証回収区分, 資格確認書発行要否

被扶養者欄 2: 氏名, 生年月日, 性別, 続柄, 区分, 住所, 収入の内訳, 証回収区分, 資格確認書発行要否

被扶養者欄 3: 氏名, 生年月日, 性別, 続柄, 区分, 住所, 収入の内訳, 証回収区分, 資格確認書発行要否

被扶養者欄 4: 氏名, 生年月日, 性別, 続柄, 区分, 住所, 収入の内訳, 証回収区分, 資格確認書発行要否