

被扶養者(異動)届

新
 追
 削
規
加
除

常務理事	事務長	部長	課長	係長	担当者

事業所情報	記号		令和 年 月 日提出	受付印
	所在地	〒 - 届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。		
	名称			
	事業主名			
	電話番号	-	-	

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

確認欄	この申請について、右記AまたはBの要件を確認して口に✓を入れてください。	<input type="checkbox"/>	A. 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 B. 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
-----	--------------------------------------	--------------------------	--

被保険者情報	番号	フリガナ	氏名	氏名	生年月日	5 昭和 7 平成 9 令和	年	月	日		
	性別	1 男 2 女	取得年月日	5 昭和 7 平成 9 令和	年	月	日	標準報酬月額	千円	収入(年収)	円
	住所	〒 -	都・道 府・県	電話番号	-	-	-	-	-		

被扶養者1	氏名	フリガナ	氏名	生年月日	5 昭和 7 平成 9 令和	年	月	日	性別	1 男 2 女	続柄	
	個人番号								職業		収入(年収)	円
	扶養されるようになった日 又はされなくなった日	7 平成 9 令和	年	月	日	扶養事由 又は 削除事由						
	健康保険組合認定日 (健保使用欄)	7 平成 9 令和	年	月	日	備考						
	住所	1.同居 2.別居	別居の場合	〒 -	都・道 府・県	電話番号	-	-	-	-	-	

被扶養者2	氏名	フリガナ	氏名	生年月日	5 昭和 7 平成 9 令和	年	月	日	性別	1 男 2 女	続柄	
	個人番号								職業		収入(年収)	円
	扶養されるようになった日 又はされなくなった日	7 平成 9 令和	年	月	日	扶養事由 又は 削除事由						
	健康保険組合認定日 (健保使用欄)	7 平成 9 令和	年	月	日	備考						
	住所	1.同居 2.別居	別居の場合	〒 -	都・道 府・県	電話番号	-	-	-	-	-	

被扶養者3	氏名	フリガナ	氏名	生年月日	5 昭和 7 平成 9 令和	年	月	日	性別	1 男 2 女	続柄	
	個人番号								職業		収入(年収)	円
	扶養されるようになった日 又はされなくなった日	7 平成 9 令和	年	月	日	扶養事由 又は 削除事由						
	健康保険組合認定日 (健保使用欄)	7 平成 9 令和	年	月	日	備考						
	住所	1.同居 2.別居	別居の場合	〒 -	都・道 府・県	電話番号	-	-	-	-	-	