

**記入例**

**健康保険被扶養者（異動）届**

常務理事	事務長	部・課長	係長	係

届出コード	処理区分	届書
2 0 2	*	

健康保険被保険者証の記号	健康保険被保険者証の番号	ア 被保険者の氏名	生年月日	イ 性別	異動の別	ウ 資格取得年月日	エ 標準報酬月額
1 8 9 9	2 3	(氏) 健保 (名) 太郎 (健保印)	年 月 日 4 3 0 4 0 1	男1 女2	追加1 削除2 (変更)	昭和 平成 年 月 日 10 04 01	280 千円
オ 被保険者の住所	渋谷区渋谷1-1-1		カ この届を出す際の総合所得月額	280 円	備考	被扶養者が増える場合は追加、減る場合は削除を で囲む	

正

「」印欄は記入しないでください。

番号 (被扶養者番号)	被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	被扶養者になった日	被扶養者から除かれた日	キ 職業 ク 月平均 収入額	ケ 被扶養者になった理由又は 除かれた理由	コ 被扶養者の住所	サ 証明書整理 年度 番号
	氏名 健保 花子 フリガナ ケンポ ハナコ	明1 大3 昭6 平7 4 4 0 8 0	男1 女2	妻	年 月 日	年 月 日	円	扶養を開始した時点での職業、収入額	同上	備考
	氏名 フリガナ	明1 大3 昭5 平7	男1 女2		年 月 日	年 月 日	円	新たに扶養を開始した日	婚姻、離職、就職、離婚、死亡等	備考
	氏名 フリガナ	明1 大3 昭5 平7	男1 女2		年 月 日	年 月 日	円	扶養からはずれる場合はその事実があった日 (就職した日、死亡した翌日等)		備考
	氏名 フリガナ	明1 大3 昭5 平7	男1 女2		年 月 日	年 月 日	円			備考

平成 年 月 日提出

受付日付印

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	印
電話番号	-

社会保険労務士の提出代行者印
印