

# 健康保険 被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	課長	係

被 保 険 者 欄	被保険者 記号	被保険者 番号	生年月日	昭・平	年	月	日	備考	
	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	取 得 年 月 日	昭・平・令	年	月	日	収入 (年収)	
			住 民 票 住 所	〒 -					
			居 所	〒 -					
円									

被 扶 養 者 欄 ①	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	1.男 2.女	
			個人番号							
	続柄	職業	収入 (年収)	住所※	1.同居	住民票住所 〒				
			円	2.別居	居所 〒					
	被扶養者 になった日	昭・平・令	年	月	日	被扶養者 から除か れた日	令和	年	月	日
資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要		備考							

被 扶 養 者 欄 ②	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	1.男 2.女	
			個人番号							
	続柄	職業	収入 (年収)	住所※	1.同居	住民票住所 〒				
			円	2.別居	居所 〒					
	被扶養者 になった日	昭・平・令	年	月	日	被扶養者 から除か れた日	令和	年	月	日
資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要		備考							

被 扶 養 者 欄 ③	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	1.男 2.女	
			個人番号							
	続柄	職業	収入 (年収)	住所※	1.同居	住民票住所 〒				
			円	2.別居	居所 〒					
	被扶養者 になった日	昭・平・令	年	月	日	被扶養者 から除か れた日	令和	年	月	日
資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要		備考							

※被保険者と同居または別居のいずれかを○で囲み、同居の場合は住所記入は不要です。別居の場合は、住所欄に住民票の住所を記入してください。居所が住民票上の住所と異なる場合は居所も記入してください。

事業所 所在地	〒 -
事業所 名 称	
事業主 氏 名	
電話番号	

令和 年 月 日 提出 受付印

社会保険労務士記載欄

神戸貿易健康保険組合