健康保険　被扶養者異動届

確認	
☑	この届出については、①又は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が確認している。

内容をご確認の上
チェック(✓)をしてください。

常務理事	事務長	係	係

記号・番号			被保険者氏名		性別	生年月日	資格取得年月日
	記号	○	フリガナ	ケンポ　タロウ	男・女	昭和・平成 6 0 0 6 1 0 年 月 日	年 月 日
	番号	○○○○		健保　太郎			

被保険者の住所	社員番号	本人年収※1	配偶者年収	標準報酬月額【健保欄】
〒 被保険者の住民票上の住所、日中つながる電話番号を記入ください 電話番号:	○○○○○	約 500 万円	約 0 万円	千円

※氏名の姓と名の間にスペースを入れてください。フリガナについては濁点・半濁点は一文字としてください。

※1入社して間もない場合は今後の年間収入見込額をご記入ください。

| | | |