

正

T01

健康保険被扶養者 **増** 異動届

常務理事	事務局長	課長		担当者

① 被保険者証の 記号 番号		② 被保険者氏名		〒 105 - 0001		④ 所属する事業所名称		⑤ 被保険者の 月平均収入額					
123	4567	健保 太郎		東京都港区虎ノ門〇-〇-〇		〇〇機構		560 千円					
⑥ フリガナ 被扶養者の氏名		⑦ 性別	⑧ 生年月日		⑨ 続柄	⑩ 認定・削除 年月日	⑪ 職業/学年	⑫ 世帯別	⑬ 国内 居住例外	⑭ 月平均 収入額	⑮ 扶養すること になった(しなくなった) 理由・年月日	⑯ 別居の場合の送金額	⑰ 備考欄
(氏) ケンポ	(名) ハナコ	女	昭和 461001	妻			パート	同居	第	70	保険加入		千円
健保	花子			※					号該当	千円	令和 020401		
⑰ 住所 (別居の場合)		〒 -											
(氏) ケンポ	(名) ヨウコ	女	平成 130805	長女			大学 1年	別居	第 1	0	保険加入	135	千円
健保	葉子			※					号該当	千円	令和 020401		
⑰ 住所 (別居の場合)		〒 - 1234 〇〇STREET ▲▲▲ ◆◆◆ 5678 Australia											
(氏) ケンポ	(名) イチロウ	男	平成 160805	長男			高校 1年	同居	第	0	保険加入		千円
健保	一郎			※					号該当	千円	令和 020401		
⑰ 住所 (別居の場合)		〒 -											
(氏)				※					第				千円
⑰ 住所 (別居の場合)		〒 -											

うえの内容および次の✓事項について事実と相違ないことを証明する

⑯欄の2号該当者については外国に赴任する被保険者の同行者である。

この申請については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。

事業所所在地 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇
東京都品川区 〇〇 〇〇-〇〇

事業所名称 ◆◆◆◆機構

事業主氏名 理事長 〇〇 〇〇



令和 2 年 4 月 3 日

※ 受付日印

社会保険労務士の
提出代行者印

印