

被扶養者（異動）届

同年月日		平成		年	月	日
常務理事		事務長		扱者		

被保険者証	記号	000	被保険者	氏名	健保 太郎	生年月日	昭	備考						
	番号	0000		住所	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1		資格取得年月日		平	〇〇年 4月 1日	平	〇〇年 〇〇月 〇〇日		

被扶養者	氏名		性別	生年月日	被保険者との続柄	住所	個人番号	平均月収	扶養	異動年月日	事由
		フリガナ ケンボ アイコ 健保 愛子	男	昭・平 〇〇年 5月 1日	妻	〇〇県〇〇市〇〇町1-1	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	パート 〇万円	する しない	〇〇年 〇月 〇日	結婚のため
	フリガナ	男	昭・平 年 月 日						する しない	年 月 日	
	フリガナ	男	昭・平 年 月 日						する しない	年 月 日	
	フリガナ	男	昭・平 年 月 日						する しない	年 月 日	
	フリガナ	男	昭・平 年 月 日						する しない	年 月 日	

上記の提出内容について審査したところ相違ありません

平成 年 月 日

(注)

- 被扶養者を有する被保険者はこの調書を資格取得後直ちに事業主に提出すること
- 事業主は被扶養者を有する被保険者資格取得の際、資格取得とともにこの調書を提出すること
- 当所は調書の内容を検査し検印済の写しを事業主に返付するが、検印なく抹消したものは被扶養者にならないことに注意のこと

事業主	所在地
	事業所名
	代表者名
	電話