

様式コード			
2	2	0	2
事業所			
整理番号			

常務理事	事務長		担当者

健康保険 健康保険被扶養者（異動）届

被保険者欄	被保険者証の記号	被保険者証の番号	生年月日	5.昭和	年	月	日	備考
	(フリガナ)	(名)	取得年月日	5.昭和	年	月	日	収入(年収)
	氏名		住所					

被扶養者欄	(フリガナ)	(名)	生年月日	5.昭和	年	月	日	性別	1.男 2.女		
	氏名		個人番号								
	続柄	職業	収入(年収)	住所	1.同居	2.別居	別居の場合 〒				
	被扶養者になった日	7.平成	年	月	日	被扶養者から除かれた日	7.平成	年	月	日	理由
	住民票住所	同上	〒	都道府県	市区町村	当該届出書の提出年1月1日の住所	同上	〒	都道府県	市区町村	備考

被扶養者欄	(フリガナ)	(名)	生年月日	5.昭和	年	月	日	性別	1.男 2.女		
	氏名		個人番号								
	続柄	職業	収入(年収)	住所	1.同居	2.別居	別居の場合 〒				
	被扶養者になった日	7.平成	年	月	日	被扶養者から除かれた日	7.平成	年	月	日	理由
	住民票住所	同上	〒	都道府県	市区町村	当該届出書の提出年1月1日の住所	同上	〒	都道府県	市区町村	備考

被扶養者欄	(フリガナ)	(名)	生年月日	5.昭和	年	月	日	性別	1.男 2.女		
	氏名		個人番号								
	続柄	職業	収入(年収)	住所	1.同居	2.別居	別居の場合 〒				
	被扶養者になった日	7.平成	年	月	日	被扶養者から除かれた日	7.平成	年	月	日	理由
	住民票住所	同上	〒	都道府県	市区町村	当該届出書の提出年1月1日の住所	同上	〒	都道府県	市区町村	備考

被扶養者欄の住所と同じ場合、同上にチェックを入れてください。なお、その場合は隣の住所の記入は不要です。(他の被扶養者欄においても同様)

事業所所在地	〒	-
事業所名称		
事業主氏名		印
電話番号	(	)

平成 年 月 日 提出

受付年月日

社会保険労務士の代行者印	
	印