

常務理事	業務課長	担当者

健康保険被扶養者届

届出区分	新・増・減・再
------	---------

健康保険被保険者証		被保険者の氏名	被保険者の住所および電話番号	被保険者の月収	※ 認定
記号	番号				
		(フリガナ) ⑩	〒 TEL	円	

被扶養者の氏名および個人番号(マイナンバー)	性別	被扶養者の生年月日	被保険者との続柄	被扶養者の		同居別居	被扶養者となった日又は被扶養者でなくなった日	備考
				収入源	月収			
(フリガナ)	男	昭和 平成 令和	.	.		同居	.	.
※	女					別居		

※ 被扶養者「減」の場合は個人番号不要です

被扶養者の氏名および個人番号(マイナンバー)	性別	被扶養者の生年月日	被保険者との続柄	被扶養者の		同居別居	被扶養者となった日又は被扶養者でなくなった日	備考
				収入源	月収			
(フリガナ)	男	昭和 平成 令和	.	.		同居	.	.
※	女					別居		

※ 被扶養者「減」の場合は個人番号不要です

被扶養者の氏名および個人番号(マイナンバー)	性別	被扶養者の生年月日	被保険者との続柄	被扶養者の		同居別居	被扶養者となった日又は被扶養者でなくなった日	備考
				収入源	月収			
(フリガナ)	男	昭和 平成 令和	.	.		同居	.	.
※	女					別居		

※ 被扶養者「減」の場合は個人番号不要です

令和 年 月 日 提出

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	〒 ⑩
----------------------------------	--------

社会保険労務士の提出代行者印
⑩

受付日付印
