

正

承認印	係

健康保険被扶養者（異動）届

被保険者証の記号・番号				被保険者の氏名と印				被保険者の生年月日			性別	異動の別	資格取得年月日			標準報酬月額														
記号	123			番号	456			フリガナ	カミショウ タロウ			5.昭和	年	月	日	1男	1.追加	5.昭和	年	月	日	千円								
									紙商 太郎			7.平成	0	2	1	0	0	1	2女	2.削除	7.平成	0	6	0	9	0	1	300		
個人番号	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	この届けが受理された後の被扶養者数	2	名	この届けが受理される前の被扶養者数	0	名	備考											
被保険者の居所住所	〒000-0000 東京都江東区△町○丁目○—○											電話番号	03(1234)5678																	
フリガナ	被扶養者の氏名		性別	被扶養者の生年月日			続柄	被扶養者の職業	区分	扶養をはじめた理由又は扶養しなくなった理由	※認定年月日		※削除年月日		回収区分															
	カミショウ ハナコ		1男	5.昭和	年	月	日	妻	パート	同居	入社の為	令和		令和		添付	添付	添付												
	紙商 花子		2女	7.平成	0	3	0	1	0	1		別居	令和		令和		返不能	返不能	返不能											
個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2																		
	カミショウ イチロウ		1男	5.昭和	年	月	日	長男	0	円	同居	入社の為	令和		令和		添付	添付	添付											
	紙商 一郎		2女	7.平成	0	1	1	0	0	1	別居		令和		令和		返不能	返不能	返不能											
個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2																		
			1男	5.昭和	年	月	日			同居		令和		令和		添付	添付	添付												
			2女	7.平成						別居		令和		令和		返不能	返不能	返不能												
個人番号																														
			1男	5.昭和	年	月	日			同居		令和		令和		添付	添付	添付												
			2女	7.平成						別居		令和		令和		返不能	返不能	返不能												
個人番号																														

◎記入の方法をよく読んで記入してください。

上記のことについて、事実と相違ないことを証明します。

提出者記入欄	事業所所在地	〒000-0000
	事業所名称	東京都中央区日本橋○-○-○
	事業主氏名	健康製袋 株式会社
	代表取締役	健康 勝一
	電話番号	〇〇(△△△)〇〇〇〇

令和 6 年 9 月 2 日 提出

社会保険労務士の提出代行者印	印
----------------	---

