

正

健康保険被扶養者異動届 (追加)

常務理事	事務長	次長	合議	担当
標準報酬月額:			特定被保険者該当:	

被保険者	被保険者証 記号番号	被保険者の氏名	性別	生年月日
	1 2 3 4 - 5 6	健保太郎 印	男 (昭和) 女 (平成)	45年4月1日
	被保険者の住所	取得年月日	配偶者が被扶養者でない場合	
	〒123-4567 〇〇県△△市□□町1-2-3	昭和 年 月 日 平成	有 無	配偶者前年収入年額 円

扶養申請者①	被扶養者の氏名			個人番号					
	フリガナ ケンボ イチロウ			0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1					
	続柄	性別	生年月日	住居区分	被扶養者の住所 (別居している場合)				
	長男	男 (昭和) 女 (平成)	29年5月1日	同居 別居	〒				
	職業/学年	年間収入	申請理由が生じた日	被扶養者となる理由		扶養認定日(健保使用欄)			
	0 円	平成29年5月1日	①出生 2.結婚 3.被保険者採用 4.離職 5.失業給付受給終了 6.その他 ()						

扶養申請者②	被扶養者の氏名			個人番号						
	フリガナ									
	続柄	性別	生年月日	住居区分	被扶養者の住所 (別居している場合)					
		男 女	昭和 平成	年 月 日	同居 別居	〒				
	職業/学年	年間収入	申請理由が生じた日	被扶養者となる理由		扶養認定日(健保使用欄)				
	円	平成 年 月 日	①出生 2.結婚 3.被保険者採用 4.離職 5.失業給付受給終了 6.その他 ()							

扶養申請者③	被扶養者の氏名			個人番号						
	フリガナ									
	続柄	性別	生年月日	住居区分	被扶養者の住所 (別居している場合)					
		男 女	昭和 平成	年 月 日	同居 別居	〒				
	職業/学年	年間収入	申請理由が生じた日	被扶養者となる理由		扶養認定日(健保使用欄)				
	円	平成 年 月 日	1.出生 2.結婚 3.被保険者採用 4.離職 5.失業給付受給終了 6.その他 ()							

事業所所在地 ○ ○ ○ ○ ○

事業所名称 ○ ○ ○ ○ ○

事業主氏名 ○ ○ ○ ○ ○

電話番号 (0123)-456-7890

公印

平成 29 年 5 月 8 日

被保険者の届出について
相違ないことを確かめ提出します。

確認決定印

受付印

事務担当者
確認印

農協