

極秘
秘密

健康保険被扶養者(異動)届(任継取得時)

審査	入力	一次	二次	発送

被保険者証の記号及び番号		記号	被保険者の氏名		性別	男・女	配偶者の有無	有・無	被保険者の生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
資格取得年月日		昭和 平成 令和	被保険者の標準報酬月額		千円		被保険者の住所					
性別	続柄	(フリガナ) 被扶養者氏名		被扶養者の生年月日	職業	配偶者の有無	同居・別居	被扶養者の住所	被扶養者になった日 被扶養者でなくなった日	理由	年間収入額 (給与、年金等) 円	雇用保険の受給の有無
① 男・女		(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日	有・無	同居・別居					受給中・受給予定
											年金受給の有無 有・無	受給しない・受給終了
個人番号						備考						
② 男・女		(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日	有・無	同居・別居					受給中・受給予定
											年金受給の有無 有・無	受給しない・受給終了
個人番号						備考						
③ 男・女		(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日	有・無	同居・別居					受給中・受給予定
											年金受給の有無 有・無	受給しない・受給終了
個人番号						備考						

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

- ・被扶養者を外す場合は、外れる被扶養者の被保険者証を添付してください。紛失などして添付できない場合は、別途被保険者証滅失届を提出してください。
- ・学校名、学年などその他特記事項を備考欄に記載してください。
- ・個人番号欄には、被扶養者の個人番号を記入してください。

受付日付印

社会保険労務士記載欄

(※印欄：任意継続被保険者による届出の場合は記入不要です。)

年 月 日 提出