極秘

秘密

健康保険被扶養者(異動)届　訂正届

表題の右脇に「訂正届」と赤字で記入してください。

次	発送

被保険者についてご記入をしてください。

被保険者証の記号及び番号	記号	2312	被保険者の氏名	健保　太郎　㊞	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	62 年 8 月 13 日
	番号	33									
資格取得年月日	昭和・平成・令和	29 年 1 月 1 日	被保険者の標準報酬月額	360 千円	被保険者の住所	横浜市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号					

	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)	雇用保険の受給の有無
①	男・女	子	ケンポ (氏) 健保	ハナコ (名) 花子	昭和・平成・令和 29 年 4 月 1 日	無職	有・無	同居・別居	同上	29 年 4 月 1 日 / 年 月 日	出生	円 / 年金受給の有無 有・無	受給中・受給予定 / 受給しない・受給終了
	個人番号	記入不要				備考							
②					昭和・平成・令和 年 月 日		有・無	同居・別居		年 月 日		円 / 年金受給の有無 有・無	受給中・受給予定 / 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				円 / 年金受給の有無 有・無	受給中・受給予定 / 受給しない・受給終了
	個人番号					備考							

正しい事項を黒字で、
誤りを赤字で記載してください。

被扶養者についてご記入をしてください。

お願い！！

〇記入誤りがないか再度ご確認ください。

〇被保険者証を必ずご添付して下さい。

・被扶養
紛失な
・学校名
・個人番

事業所所在地	〒〇〇〇ー〇〇〇〇　横浜市〇〇区〇〇町
事業所名称	〇〇病院
事業主氏名	〇〇　〇〇
電話番号	〇〇〇（〇〇〇）〇〇〇〇

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