

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。

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 (印)	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	
資格取得年月日	昭和 平成 令和	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) 円	雇用保険の 受給の有無
男 女	子	ケンボ ハナコ 健保 花子	昭和 平成 令和	無職	有 無	同居 ・ 別居	同上	29 年 4 月 1 日	出生	円	受給中・受給予定 受給しない・受給終了
番号	記入不要	備考		備考							
個人番号	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。								
個人番号	備考		備考								
個人番号	備考		備考								
事業所所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 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										

お願い！！

- 記入誤りがないか再度ご確認ください。
- 被保険者証を必ずご添付して下さい。

(※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。)

社会保険労務士記載欄

年 月 日 提出

受付日付印