

正 健康保険被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	課長	係長	係

出生や海外からの転入により、新に個人番号が発行される場合は、通知カードが届き次第、個人番号届の提出をお願いします。

被保険者欄	被保険者証の記号	47	被保険者証の番号	1	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	3	5	1	2	0	5	備考	
	氏名	(フリガナ) ケンポ (氏) 健保	(名) タロウ 太郎	取得年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	1	6	9	1	標準報酬月額	380	千円		
	住所	〒 東京都新宿区西新宿1-8-1 新宿ビル5階												

新に扶養として認定する者または扶養から除かれる者の氏名等を記入してください。

被扶養者欄	氏名	(フリガナ) ケンポ (氏) 健保	(名) ハナコ 花子	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	3	8	0	2	1	3	性別	1. 男 2. 女	
	職業	無職	収入(年収)	約 0 円	住所	1. 同居 2. 別居	別居の場合 〒					続柄	妻	
	被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和	1	6	0	9	0	1	認定理由	1. 被保険者の就職 2. 婚姻 3. 離職 4. 出生 5. 収入減少 6. その他 ()				
	被扶養者でなくなった日	7. 平成 9. 令和							削除理由	1. 就職 2. 死亡 () 年 月 日 4. 収入増加 5. その他 ()				

被扶養者欄	氏名	(フリガナ) ケンポ (氏) 健保	(名) カズオ 一男	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	0	5	1	0	1	8	性別	1. 男 2. 女	
	職業	学生	収入(年収)	約 0 円	住所	1. 同居 2. 別居	別居の場合 〒					続柄	長男	
	被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和	1	6	0	9	0	1	認定理由	1. 被保険者の就職 2. 婚姻 3. 離職 4. 出生 5. 収入減少 6. その他 ()				
	被扶養者でなくなった日	7. 平成 9. 令和							削除理由	1. 就職 2. 死亡 () 年 月 日 4. 収入増加 5. その他 ()				

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	(名)	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和							性別	1. 男 2. 女	
	職業		収入(年収)	約 円	住所	1. 同居 2. 別居	別居の場合 〒					続柄		
	被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和							認定理由	1. 被保険者の就職 2. 婚姻 3. 離職 4. 出生 5. 収入減少 6. その他 ()				
	被扶養者でなくなった日	7. 平成 9. 令和							削除理由	1. 就職 2. 死亡 () 年 月 日 4. 収入増加 5. その他 ()				

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	(名)	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和							性別	1. 男 2. 女	
	職業		収入(年収)	約 円	住所	1. 同居 2. 別居	別居の場合 〒					続柄		
	被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和							認定理由	1. 被保険者の就職 2. 婚姻 3. 離職 4. 出生 5. 収入減少 6. その他 ()				
	被扶養者でなくなった日	7. 平成 9. 令和							削除理由	1. 就職 2. 死亡 () 年 月 日 4. 収入増加 5. その他 ()				

事業所所在地	〒160-0023 東京都〇〇区1-8-1
事業所名称	株式会社△△△
事業主氏名	代表取締役 仁本一朗
電話番号	03 (3343) 6271

2019 年 9 月 4 日提出

受付年月日

社会保険労務士の代行者印

副 健康保険被扶養者（異動）確認通知書

被保険者欄	被保険者証の 記号	47	被保険者証の 番号	1	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	3	5	1	2	0	5	備考		
	氏名 (フリガナ)	ケンポ		タロウ		取得 年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	1	6	9		1	標準 報酬 月額	380	千円
	氏名 (氏)	健保		太郎		住所	〒東京都新宿区西新宿1-8-1 新宿ビル5階								

被扶養者欄	氏名 (フリガナ)	ケンポ		ハナコ		生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	3	8	0	2	1	3	性別	1. 男 2. 女
	氏名 (氏)	健保		花子		個人番号									
	職業	無職	収入 (年収)	約	0	円	住所	1. 同居 2. 別居	別居の場合 〒				続柄	妻	
	被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和	1	6	0	9	0	1	認定理由	1. 被保険者の就職 2. 婚姻 3. 離職 4. 出生 5. 収入減少 6. その他 ()					
被扶養者でなくなった日	7. 平成 9. 令和							削除理由	1. 就職 2. 死亡 () 年 月 日 4. 収入増加 5. その他 ()						

被扶養者欄	氏名 (フリガナ)	ケンポ		カズオ		生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	0	5	1	0	1	8	性別	1. 男 2. 女
	氏名 (氏)	健保		一男		個人番号									
	職業	学生	収入 (年収)	約	0	円	住所	1. 同居 2. 別居	別居の場合 〒				続柄	長男	
	被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和	1	6	0	9	0	1	認定理由	1. 被保険者の就職 2. 婚姻 3. 離職 4. 出生 5. 収入減少 6. その他 ()					
被扶養者でなくなった日	7. 平成 9. 令和							削除理由	1. 就職 2. 死亡 () 年 月 日 4. 収入増加 5. その他 ()						

被扶養者欄	氏名 (フリガナ)					生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和							性別	1. 男 2. 女
	氏名 (氏)					個人番号									
	職業		収入 (年収)	約		円	住所	1. 同居 2. 別居	別居の場合 〒				続柄		
	被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和							認定理由	1. 被保険者の就職 2. 婚姻 3. 離職 4. 出生 5. 収入減少 6. その他 ()					
被扶養者でなくなった日	7. 平成 9. 令和							削除理由	1. 就職 2. 死亡 () 年 月 日 4. 収入増加 5. その他 ()						

被扶養者欄	氏名 (フリガナ)					生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和							性別	1. 男 2. 女
	氏名 (氏)					個人番号									
	職業		収入 (年収)	約		円	住所	1. 同居 2. 別居	別居の場合 〒				続柄		
	被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和							認定理由	1. 被保険者の就職 2. 婚姻 3. 離職 4. 出生 5. 収入減少 6. その他 ()					
被扶養者でなくなった日	7. 平成 9. 令和							削除理由	1. 就職 2. 死亡 () 年 月 日 4. 収入増加 5. その他 ()						

事業所 所在地	〒160-0023 東京都〇〇区1-8-1
事業所 名称	株式会社△△△
事業主 氏名	代表取締役 仁本一朗
電話番号	03 (3343) 6271

殿

2019 年 9 月 4 日提出

東京自動車教習所健康保険組合 理事長