

インプット	保険証	個人番号



常務理事	事務長		係

## 健康保険 被扶養者異動届

### < 被扶養者を申請する >

被保険者(あなた)について、太枠内に記入してください

被保険者証の記号「3」の方は健保組合へ提出  
被保険者証の記号「7～5010」の方は各事業会社の人事部門へ提出

被保険者証の記号番号	記号	番号	被保険者の氏名	性別	資格取得日(入社日)	事業所名称 および 代表者名
				男	S・H・R	
所属事業所(連絡先)	株式会社 支店			被保険者の住所	〒	提出日
	所属TEL ( )	※休職中の方は 個人用携帯・自宅TELを記入				
会社携帯 ( )						

今回、申請する被扶養者(家族)について、太枠内に記入してください

被扶養者氏名	性別	続柄	生年月日	年齢	住所	住居	被扶養者になった日	理由	健保記入欄 認定日
フリガナ	男 女		S・H・R		〒	同居 別居	R		R
フリガナ	男 女		S・H・R		〒	同居 別居	R		R
フリガナ	男 女		S・H・R		〒	同居 別居	R		R
フリガナ	男 女		S・H・R		〒	同居 別居	R		R

フリガナは丁寧に記入してください

続柄は夫・妻・長男・長女等の名称で記入してください