

# 健康保険被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	課長	係

被保険者欄	被保険者証 記号番号		生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	標準報酬 月額	千円
	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	取得 年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	備考	
	住所								

被扶養者欄	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	増減別	増・減				
	個人番号		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	
	住所	1.同居 2.別居	性別	男・女	続柄	職業及 び収入		
	理由	備考		※ 認定日	※ 健保組合記入欄	※ 削除日	※ 健保組合記入欄	

被扶養者欄	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	増減別	増・減				
	個人番号		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	
	住所	1.同居 2.別居	性別	男・女	続柄	職業及 び収入		
	理由	備考		※ 認定日	※ 健保組合記入欄	※ 削除日	※ 健保組合記入欄	

被扶養者欄	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	増減別	増・減				
	個人番号		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	
	住所	1.同居 2.別居	性別	男・女	続柄	職業及 び収入		
	理由	備考		※ 認定日	※ 健保組合記入欄	※ 削除日	※ 健保組合記入欄	

被扶養者欄	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	増減別	増・減				
	個人番号		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	
	住所	1.同居 2.別居	性別	男・女	続柄	職業及 び収入		
	理由	備考		※ 認定日	※ 健保組合記入欄	※ 削除日	※ 健保組合記入欄	

令和 年 月 日 提出

受付年月日

事業所 所在地	
事業所 名称	
事業主 氏名	(印)
電話番号	( )

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
	(印)

神奈川県電設健康保険組合