

健康保険被扶養者異動届

常務理事	事務長				
------	-----	--	--	--	--

被 保 険 者 欄	記 号	番 号	枝 番 (※1)	フリガナ 氏名	(氏)	(名)	男 ・ 女	生 年 月 日	昭 和 平 成	年 月 日	(歳)
	資格取得日	昭和 平成 令和	年 月 日	住 所	〒				標準報酬月額	千円	

被 扶 養 者 欄	枝 番 (※1)	増 減 の 別	性 別	続 柄	フリガナ 氏名		生 年 月 日	職 業 月 平 均 収 入 額	住 所 (別居の場合は住所を記入して下さい)		扶 養 し 始 め た 日 、 又 は 扶 養 し な く な っ た 日	扶 養 ・ 削 除 の 理 由	※この欄は記入しないで下さい 認定・削除 決定年月日	
					(氏)	(名)			同 居	〒				年 月 日
増 ・ 減	男 ・ 女	(氏)	(名)				昭 平 令	年 月 日	同 居	〒	年 月 日		年 月 日	
														個人番号 (扶養増の場合記入)
増 ・ 減	男 ・ 女	(氏)	(名)				昭 平 令	年 月 日	同 居	〒	年 月 日		年 月 日	
														個人番号 (扶養増の場合記入)
増 ・ 減	男 ・ 女	(氏)	(名)				昭 平 令	年 月 日	同 居	〒	年 月 日		年 月 日	
														個人番号 (扶養増の場合記入)
増 ・ 減	男 ・ 女	(氏)	(名)				昭 平 令	年 月 日	同 居	〒	年 月 日		年 月 日	
														個人番号 (扶養増の場合記入)

(※1) 被保険者、被扶養者の「枝番」は、わかる場合は記入をしてください。

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()

令和 年 月 日 提出

(※「別紙1」に注意事項があります。)

(※「別紙2」、「別紙3」に証明書類についての必要事項が記載されています。)

横浜港運健康保険組合

受付印