

【家族の削除】

健康保険 被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	担当

※添付書類については、別紙「被扶養者申請に必要な添付書類」をご参照の上、必要書類を添付してください。

被保険者証の記号・番号	記号 90	番号 2345 (枝番) 01	事業所の名称	会社名 (株)リクルート
被保険者の氏名	健保 太朗		被保険者の生年月日	①.昭和 2.平成 49年 8月 7日 生まれ 3.令和
被保険者の居住住所	〒 106-0001 東京都品川区南品川1-2-3		TEL () - () - ()	「減」に○をし、申請人数を記入してください。
資格取得日	2.平成 3年 2月 1日 ③.令和	被扶養者申請人数	増 <input type="checkbox"/> 減 <input checked="" type="checkbox"/>	収入 (年収) 800 万円 前年年収または年収見込み
「減」にチェックをしてください。		被扶養者申請人数	増 <input type="checkbox"/> 減 <input checked="" type="checkbox"/>	届出住所 ※記入不要※ 健保使用欄

申請区分	<input type="checkbox"/> 増 <input checked="" type="checkbox"/> 減 ※ <input checked="" type="checkbox"/> チェック	フリガナ		性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>
個人番号		氏名	(氏) 健保 (名) 花子		
生年月日 年齢	昭和 54年 3月 2日 平成 令和	年齢	44 歳	続柄	妻
住民票住所	〒		今迄に加入していた健康保険と喪失日 1.健康保険の被保険者 2.家族の健康保険の被扶養者 (1と2の場合 年月日喪失) 3.国民健康保険 加入中		
居住住所	〒		妻・長男・二女・義母・内縁の妻など戸籍上の続柄を記入してください。		
収入	前年年収 万円	直近の月収(月収見込) 円	今後の収入の有無 有・無	今後の収入予定の種類	1.給与 4.自営収入 7.その他 2.失業給付 5.不動産収入 () 3.年金 6.利子配当 ※複数選択可
扶養されるようになった(増)・扶養されなくなった(減)日	3年 2月 1日	理由	就職 健保使用欄 ※記入不要※ 健保使用欄		
送金	有 <input checked="" type="checkbox"/>	【減】就職の場合「日付=就職日、理由=就職」	円/月	別居世帯の人数と世帯全員分の生活費(月額)	名 円/月
あなたの配偶者の有無	有の場合 →	配偶者の収入 有・無	前年年収 万円	直近の月収 円	
	無の場合 →	状況	未婚・離婚・死別・離婚予定の別居		
1月1日時点住民票住所	〒				

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。

上記の通り提出いたします

事業主記入欄	郵便番号 〒	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> ※記入不要※ 事業主が記入する欄です。 </div>	日
	住所 名称 氏名		受付日付
	社会保険労務士の提出代行者名記載欄		