

任 継

健康保険被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	担 当

令和 6年 6月 12日 提出

受付年月日

事業主記入欄	事業所名称	
	事業主氏名	
	事業所所在地	
	電話番号	

社会保険労務士記入欄
退職日の翌日を記入してください

被保険者欄	被保険者等 記号		被保険者等 番号		取得 年月日	昭・平・令	0	6	0	6	1	1	日		
	氏名	(フリガナ) シナガワ (氏) 品川	(名) タロウ 太郎	生年月日	昭・平・令	6	0	0	4	0	5	日	性別	男	女
	住民票 住所	〒 141 - 0001 東京都品川区大崎*-*-*													
	居所 住所	〒 - 同上												標準報酬 月 額	

被扶養者欄 1	氏名	(フリガナ) シナガワ (氏) 品川	(名) ハナコ 花子	個人 番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	資格確認書 発行要否	☒ 発行が必要		
	生年月日	昭・平・令	6	3	0	8	0	7	日	性別	男	女	続柄	妻						
	住民票 住所	〒 - 同上												居所 住所	同上					
	被扶養者にな った日	令和	0	6	0	6	1	1	日	職業	1. 無職 2. パート 3. 年金受給者 4. 小・中学生以下 5. 高・大学生 6. その他()	年収	0	円	理由	1. 出生 2. 離職 3. 収入減 4. 被保険者入社 5. 同居 6. 任意継続移行				
被扶養者で なくなった日	令和								理由	1. 就職 2. 収入増加 3. 死亡 4. 後期高齢者 5. その他()	備考									

被扶養者欄 2	氏名	(フリガナ) シナガワ (氏) 品川	(名) ケンタ 健太	個人 番号	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要		
	生年月日	昭・平・令	2	7	0	9	0	8	日	性別	男	女	続柄	長男						
	住民票 住所	〒 - 同上												居所 住所	同上					
	被扶養者にな った日	令和	0	6	0	6	1	1	日	職業	1. 無職 2. パート 3. 年金受給者 4. 小・中学生以下 5. 高・大学生 6. その他()	年収		円	理由	1. 出生 2. 離職 3. 収入減 4. 被保険者入社 5. 同居 6. 任意継続移行				
被扶養者で なくなった日	令和								理由	1. 就職 2. 収入増加 3. 死亡 4. 後期高齢者 5. その他()	備考									

被扶養者欄 3	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	個人 番号													資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要		
	生年月日	昭・平・令													性別	男	女	続柄		
	住民票 住所	〒 -												居所 住所						
	被扶養者にな った日	令和								職業	1. 無職 2. パート 3. 年金受給者 4. 小・中学生以下 5. 高・大学生 6. その他()	年収		円	理由	1. 出生 2. 離職 3. 収入減 4. 被保険者入社 5. 同居 6. 任意継続移行				
被扶養者で なくなった日	令和								理由	1. 就職 2. 収入増加 3. 死亡 4. 後期高齢者 5. その他()	備考									