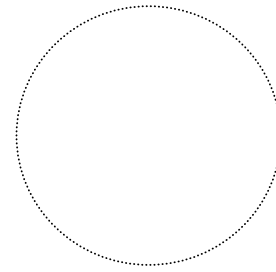


受付年月日

処理欄	起案年月日	平成 年 月 日	係 員	部 課 長	事務局 長	常務 理事
	台帳記入	平成 年 月 日				
	入力処理	平成 年 月 日				



健康保険被扶養者異動 増員 減員 届

(増員・減員何れか該当しない文字を消して下さい)

被保険者の 記号・番号	記号	番号	被保険者の 氏名及び印		印
異動のあった家族の氏名	被保険者 との続柄	性別	生年月日	異動年月日	異動の事由
フリガナ		男・ 女	平・昭 年 月 日	平成 年 月 日	
個人番号記入欄 (※減員の場合、番号の記入は必須ではありません)					
フリガナ		男・ 女	平・昭 年 月 日	平成 年 月 日	
個人番号記入欄 (※減員の場合、番号の記入は必須ではありません)					
フリガナ		男・ 女	平・昭 年 月 日	平成 年 月 日	
個人番号記入欄 (※減員の場合、番号の記入は必須ではありません)					
フリガナ		男・ 女	平・昭 年 月 日	平成 年 月 日	
個人番号記入欄 (※減員の場合、番号の記入は必須ではありません)					

見本

申請用紙は事業所担当者までご請求下さい

上記のとおり扶養家族に異動があったので、届出いたします。

平成 年 月 日

異動に関する 事業主の証明	上記のとおり相違ない ことを証明する。	事業主住所氏名及印
		印