

正

# 住所変更 健康保険被扶養者(異動)届

部長	課長	係長	係

被保険者欄	被保険者等記号	9999	被保険者等番号	567	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	46	11	01	配偶者年収	万円
	氏名	東薬 太郎		取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	08	05	01	標準報酬月額	320	千円
		住所 〒100-0014 東京都千代田区永田町2-17-2 東薬ビル101									

◎ 子供の認定の際、配偶者が被扶養者となっていない場合は、「配偶者年収」欄に前年の配偶者年収を記入してください。

被扶養者欄①	氏名	(フリガナ) トウヤク イチロウ	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	11	09	01	性別	1.男 2.女	資格確認書	添付不能減失
	増	続柄	長男	職業	収入(年収)	円	住所	1.同居 別居の場合 〒110-0015 東京都台東区東上野1-27-2	2.別居	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要
減	被扶養者になった日	9.令和	被扶養者から除かれた日	9.令和	理由	学生別居					

被扶養者欄②	氏名	(フリガナ)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	性別	1.男 2.女	資格確認書	添付不能減失		
	増	続柄	職業	収入(年収)	円	住所	住所変更の場合、個人番号の記入は不要です。		資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要
減	被扶養者になった日	9.令和	被扶養者から除かれた日	9.令和	理由					

被扶養者欄③	氏名	(フリガナ)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	性別	1.男 2.女	資格確認書	添付不能減失		
	増	続柄	職業	収入(年収)	円	住所	1.同居 別居の場合 〒	2.別居	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要
減	被扶養者になった日	9.令和	被扶養者から除かれた日	9.令和	理由					

被扶養者欄④	氏名	(フリガナ)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	性別	1.男 2.女	資格確認書	添付不能減失		
	増	続柄	職業	収入(年収)	円	住所	1.同居 別居の場合 〒	2.別居	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要
減	被扶養者になった日	9.令和	被扶養者から除かれた日	9.令和	理由					

- ◎ 記入方法をよくお読みください。
- ◎ 被扶養者を減らす届出の際は個人番号の記入は不要です。
- ◎ 被保険者の押印は、被保険者自らが自署した場合、または「確認」欄へ✓することで省略することができます。

令和 ●年●月●日 提出 受付日付印

事業所所在地	〒351-0111 埼玉県和光市新倉6-7-28
事業所名称	東薬株式会社
事業主氏名	薬業 太郎
電話番号	048 (461) 7605

確認	この届出は①又は②の要件を満たしたものである ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。
<input checked="" type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	扶養控除申告書の写しを添付できない場合 所得税法上の控除対象配偶者・扶養親族であることを確認しました。
社会保険労務士の代行者名記載欄	

東京薬業健康保険組合