

健康保険 被扶養者(異動) 届

被扶養者の新規・追加申請
 被扶養者の削除申請

常務理事	事務長		担当者

健康保険被保険者証		被保険者の氏名				生年月日	性別	資格取得年月日	標準報酬月額
記号	番号					年	月	日	千円
0099	10000	ライク 太郎				昭和 平成 令和	男	平成 令和	290101240
被保険者の住所		〒 530-0017 大阪市北区角田町0-0-0-503				備考			

被扶養者の氏名(フリガナ) (申請するご家族)	性別	生年月日	被保険者との続柄	職業/学年 月平均収入額	新規追加または削除年月日 とその理由	認定(削除)年月日 【健保使用欄】	被保険者と同居・別居の別 (別居の場合、その住所と別居理由)
(フリガナ) ライク ハナコ ライク 花子	男 女	昭和 平成 令和	妻	無職 0円 (年金収入も含む)	29年1月1日 理由 被保険者の健康保険加入に伴う申請	年 月 日	同居 別居 (住所) (理由) 個人番号(マイナンバー)
(フリガナ) ライク イチロウ ライク 一郎	男 女	昭和 平成 令和	長男	学生 0円 (年金収入も含む)	29年1月1日 理由 被保険者の健康保険加入に伴う申請	年 月 日	同居 別居 (住所) (理由) 個人番号(マイナンバー)
(フリガナ)	男 女	昭和 平成 令和			年 月 日 理由	年 月 日	同居 (住所)
(フリガナ)	男 女	昭和 平成 令和			年 月 日 理由	年 月 日	同居 (住所) 個人番号(マイナンバー)

新規追加理由は
 ○お子様がお生まれになった場合: 出産に伴う申請
 ○該当の方が退職された場合 : 退職による申請
 ○ご結婚による場合 : 婚姻に伴う申請 等
 追加される方の状況をご記入ください。

事業所所在地	上記のとおり被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します。 〒 530-0017 大阪市北区角田町0-0-0
事業所名称	ライク株式会社
事業主氏名	代表取締役 ライク 太
電話番号	06-1234-5678

令和 年 月 日 提出

受付日付印