健康保険　被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	担　当

□新規・追加　□生年月日訂正
□削除　　□氏名・ﾌﾘｶﾞﾅ訂正(変更)

※太枠内のみご記入ください。

被保険者証記号・番号	記号		被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ		性別	生年月日				資格取得年月日			
	番号			(氏)	(名)	男・女	昭和・平成	年	月	日	昭和平成令和	年	月	日

被保険者の住所	被保険者の配偶者の有無(有の場合は収入額を記入してください。)			標準報酬月額
〒 電話番号　(　　)	無	有	昨年の年間収入　円／年 現在の月額収入　円／月	千円

被扶養者の氏名	生年月日 個人番号	性別	続柄	被扶養者になった日	被扶養者から除かれた日	同居・別居の区別 別居被扶養者の住所	職業 収入見込額	被扶養者になった理由又は除かれた理由
ﾌﾘｶﾞﾅ (氏)　(名)	昭和平成令和　年　月　日 個人番号	男・女		令和　年　月　日	令和　年　月　日	同居・別居 〒	円/月	
ﾌﾘｶﾞﾅ (氏)　(名)	昭和平成令和　年　月　日 個人番号	男・女		令和　年　月　日	令和　年　月　日	同居・別居 〒	円/月	
ﾌﾘｶﾞﾅ (氏)　(名)	昭和平成令和　年　月　日 個人番号	男・女		令和　年　月　日	令和　年　月　日	同居・別居 〒	円/月	
ﾌﾘｶﾞﾅ (氏)　(名)	昭和平成令和　年　月　日 個人番号	男・女		令和　年　月　日	令和　年　月　日	同居・別居 〒	円/月	

事業所の確認
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電　話

〈注意事項〉
＊被扶養者の増加の場合、申請する対象者のみ記入してください。
＊個人番号は、被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です。
＊被扶養者の減少、生年月日訂正・氏名ﾌﾘｶﾞﾅ訂正(変更)の場合、対象者の被保険者証を添付してください。

令和　年　月　日提出
受付日付印

社会保険労務士の提出代行者

パーソルキャリア健康保険組合