被扶養者(異動)届　取得

1035

注1 太枠内に記入してください。光学処理を行いますので、枠からはみ出さないように丁寧に記入してください。
注2 マス目への記入は、1つの枠に濁点も含めて1文字とし、左詰めとしてください。
注3 マス目の右に凡例がある場合は、該当する数字を記入してください。

(1)被保険者証の記号　(2)被保険者証の番号

(3)勤務箇所	(4)被保険者氏名(自署)

(5)単身赴任　0:該当　1:非該当

(6)被保険者の総収入額(前年)　円

(7)配偶者の有無　0:有　1:無

(8)配偶者の前年収入(有の場合)　円

(9)現在の扶養者数　人

(10)被扶養者として申請する方の個人番号(マイナンバー)

(11)被扶養者として申請する方(認定対象者)の氏名(通常表記)

(12)被扶養者として申請する方(認定対象者)の氏名カナ(カタカナ表記)

※ (11)(12)は、姓と名の間を1マスあけて記入してください。

(13)認定対象者の生年月日　5:昭和　7:平成　9:令和　年　月　日

(14)性別　0:男　1:女

(15)続柄　※妻、長男、母など(漢字)

(16)税法上の扶養親族認定　0:有　1:無

(17)扶養手当支給の有無　0:有　1:無

(18)世帯状況　0:同居　1:別居

(19)職業

(20)異動事由

※ 異動事由は、離職・出生・収入減・結婚・雇保終了など簡潔に記入 してください。

(21)今後1年間の収入見込額　円

(22)住民票住所

〒　－

住民票住所

(23)基礎年金番号　事業主による管理項目　必要な事業主のみ記載

－

事業主特記事項欄	

(24)事実発生日　7:平成　9:令和　年　月　日

上記のとおり相違ないことを証明します。　年　月　日

所在地　〒　－

名称

事業主名

事業所使用欄	箇所長	電話	健保担当課
		－	
事業主整理番号			