

健康保険被扶養者（異動）届 正

常務理事	事務長		担当

被 保 険 者 欄	被保険者証の 記号	被保険者証の 番号	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	備考
	(フリガナ)		取得 年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	収入 (年収)
	(氏)							
住所			〒					

被 扶 養 者 欄	(フリガナ)		生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	性別	1. 男 2. 女	
	(氏)									個人番号
	続柄	職業	収入 (年収)	住所	1. 同居 2. 別居	備考				
	被扶養者 になった 日	7. 平成 9. 令和	年	月	日	被扶養者 から除か れた日	7. 平成 9. 令和	年	月	日

被 扶 養 者 欄	(フリガナ)		生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	性別	1. 男 2. 女	
	(氏)									個人番号
	続柄	職業	収入 (年収)	住所	1. 同居 2. 別居	備考				
	被扶養者 になった 日	7. 平成 9. 令和	年	月	日	被扶養者 から除か れた日	7. 平成 9. 令和	年	月	日

被 扶 養 者 欄	(フリガナ)		生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	性別	1. 男 2. 女	
	(氏)									個人番号
	続柄	職業	収入 (年収)	住所	1. 同居 2. 別居	備考				
	被扶養者 になった 日	7. 平成 9. 令和	年	月	日	被扶養者 から除か れた日	7. 平成 9. 令和	年	月	日

令和 年 月 日 提出

受付年月日

事業所 所在地	〒
事業所 名称	
事業主 氏名	
電話番号	()

社会保険労務士の代行者印	
	印

健康保険被扶養者（異動）届 副

被 保 険 者 欄	被保険者証の 記号	被保険者証の 番号	生年月日	5. 昭和	年	月	日	備考
	(フリガナ)		取得 年月日	5. 昭和	年	月	日	収入 (年収)
	(氏)			7. 平成				
氏名			住所					

被 扶 養 者 欄	(フリガナ)		生年月日	5. 昭和	年	月	日	性別	1. 男	2. 女
	(氏)			7. 平成						
	続柄	職業	収入 (年収)	住所	1. 同居	別居の場合 円			備考	
	被扶養者 になった 日	7. 平成 9. 令和	年	月	日	被扶養者 から除か れた日	7. 平成 9. 令和	年	月	日

被 扶 養 者 欄	(フリガナ)		生年月日	5. 昭和	年	月	日	性別	1. 男	2. 女
	(氏)			7. 平成						
	続柄	職業	収入 (年収)	住所	1. 同居	別居の場合 円			備考	
	被扶養者 になった 日	7. 平成 9. 令和	年	月	日	被扶養者 から除か れた日	7. 平成 9. 令和	年	月	日

被 扶 養 者 欄	(フリガナ)		生年月日	5. 昭和	年	月	日	性別	1. 男	2. 女
	(氏)			7. 平成						
	続柄	職業	収入 (年収)	住所	1. 同居	別居の場合 円			備考	
	被扶養者 になった 日	7. 平成 9. 令和	年	月	日	被扶養者 から除か れた日	7. 平成 9. 令和	年	月	日

令和 年 月 日 提出

事業所 所在地		
事業所 名称		
事業主 氏名		
電話番号	()	

上記のとおり認定になりましたので通知いたします。

令和 年 月 日
アコム健康保険組合理事長
アコム健康保険組合