常務理事	事務長	部　長	課　長	係　長	主　任	担当者	データ

被扶養者異動届（認定・抹消）

標準報酬	千円

被保険者

被保険者証	記号 1	番号 12345	フリガナ オオサカ イチロウ / 氏名 大阪 一郎	生年月日 昭（○）・平・令 56年01月01日
性別	男（○）・女	資格取得年月日	昭和・平成（○）・令和 21年04月0日	住所 〒530－0001 大阪府大阪市北区梅田○－○－○

被扶養者

フリガナ / 氏名	生年月日		続柄	身分（職業）	住民票住所（居所住所が住民票住所と異なる場合は下段に記入してください）	認定・抹消の年月日及び理由（年・月・日 / 理由）	認定・抹消年月日	被保険者証回収区分
フリガナ（氏）オオサカ（名）ハナコ （氏）大阪（名）花子	昭・平・令 57年11月07日	男・女	妻	無職	〒530－0001 大阪府大阪市北区梅田○－○－○ 〒156－0000 東京都世田谷区○○1234	年　月　日 / 退職のため 資格確認書発行要否 □発行が必要	認定・抹消	添付 返不能 滅失
※ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 ←個人番号を記入してください								
	昭・平・令 年　月　日	男・女			〒　－	年　月　日 資格確認書発行要否 □発行が必要	認定・抹消	添付 返不能 滅失
※								
フリガナ（氏）（名）	昭・平 年　月　日	男・女			〒　－	年　月　日 資格確認書発行要否 □発行が必要	認定・抹消	添付 返不能 滅失
※								

居所住所が住民票と異なる場合は記入

マイナンバーを必ずご記入ください

現況届もあわせてご提出ください。
（未就学児および学生は除く）

資格確認書の発行が必要な場合（※）はチェックをつけてください。
※以下に該当する場合に限ります。
・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者。
・マイナンバーカードを保有しているが健康保険の利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者。
・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者。

*被

上記の

	〒 500 － 0000
事業所所在地	大阪市○○区○○○3-2-1
事業所名称	株式会社　健保金属
事業主氏名	代表取締役社長　健康　大一
電話番号	06（6345 局）6789 番

社会保険労務士の提出代行者

受　付
月　日証交付・回収済