

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	記号	番号	フリガナ	生年月日	年	月	日
	被保険者		氏名	
性別	男・女	資格取得年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	住所
							〒 -

被 扶 養 者	フリガナ		生年月日	続柄	身分 (職業)	住民票住所 <small>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</small>		認定・抹消の年月日及び理由		認定・抹消 年月日	被保険者証 回収区分	
	氏名	名				年・月・日	理由					
	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	〒 -	年月日	理由	認定・抹消	添付 返不能 減失
	※ 個人番号を記入してください											
	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	〒 -	年月日	理由	認定・抹消	添付 返不能 減失
	※ 個人番号を記入してください											
	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	〒 -	年月日	理由	認定・抹消	添付 返不能 減失
	※ 個人番号を記入してください											

*被扶養者の個人番号は※欄に記入してください

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。

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 (局) 番

社会保険労務士の提出代行者

.....

受付

.....

月 日証交付・回収済