

健康保険 被扶養者(異動)届

① 被保険者証の	記号
	番号

被 保 険 者 に つ い	②勤務している事業所の	(ア) 名称					③ 氏名					④	印
		(イ) 所在地					⑤ 生年月日	昭和 平成	年	月	日	⑥ 性別	男・女
	⑦資格取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日				⑧住所							
	資格喪失年月日	平成・令和 年 月 日				⑨この届出を出す際の標準報酬月額	千円	⑩この届出を出す際の総合所得月額	円				
被 扶 養 者 と し て 残 る 者 と、 な る 者	⑪ 区分	⑫被扶養者の氏名(フリガナ)	⑬ 性別	⑭ 生年月日	⑯ 続柄	⑰ 職業	⑱ 月平均収入	⑲ 同居別居の別	⑳ 被扶養者になった理由	㉑ 被扶養者になった日	備考		
	前・新	フリガナ	男・女	昭和・平成・令和 年 月 日			円	同・別		昭 平 令	年 月 日		
	前・新	フリガナ	男・女	昭和・平成・令和 年 月 日			円	同・別		昭 平 令	年 月 日		
	前・新	フリガナ	男・女	昭和・平成・令和 年 月 日			円	同・別		昭 平 令	年 月 日		
	前・新	フリガナ	男・女	昭和・平成・令和 年 月 日			円	同・別		昭 平 令	年 月 日		
今 回、 被 扶 養 者 か ら 除 か れ る 者	被扶養者の氏名		性別	生年月日	続柄	被扶養者になった日		被扶養者から除かれる理由	被扶養者から除かれる日		備考		
			男・女	昭和・平成・令和 年 月 日		昭・平・令 年 月 日			令和 年 月 日				
			男・女	昭和・平成・令和 年 月 日		昭・平・令 年 月 日			令和 年 月 日				
			男・女	昭和・平成・令和 年 月 日		昭・平・令 年 月 日			令和 年 月 日				

令和 年 月 日提出

日本レストランエンタプライズ健康保険組合

※ この書類には大切な個人情報に記載されています。個人番号記入後は、他の必要添付書類と合わせて必ず封筒に入れて糊付けし、事務責任者・担当者に提出して下さい