（様式扶１）

被扶養者（異動）届

平成　　年　　月　　日提出

常務理事	事務長	担当

事業主欄

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名　　印

＜　注意事項　＞

・被扶養者欄は、増加の場合は黒、減少の場合は赤で記入してください。
・続柄は長女、次男等で記入してください。
・職業は、会社員、パート、学生、無職等で記入してください。
・理由は出生、離職、就職、収入基準超過等で記入してください。

＜　添付書類　＞

・増加の場合、事業主の社会保険担当者様にご確認ください。
認定対象者によって、必要書類は異なります。
・減少の場合、東リ健康保険組合の保険証を添付してください。
・就職による減少の場合、新しく加入した健康保険の保険証のコピーを添付してください。

被保険者欄	記号－番号	－	被保険者氏名	印	生年月日	昭・平　・　・
	健康保険標準報酬月額	千円	住所	〒		

	増加・減少	フリガナ 被扶養者氏名	生年月日	続柄	職業	収入月額	同居・別居	被扶養者 …になった日 …でなくなった日	理由	個人番号
被扶養者欄	増・減		昭・平　・　・			円	同・別	・　・		
	増・減		昭・平　・　・			円	同・別	・　・		
	増・減		昭・平　・　・			円	同・別	・　・		
	増・減		昭・平　・　・			円	同・別	・　・		
	増・減		昭・平　・　・			円	同・別	・　・		
	増・減		昭・平　・　・			円	同・別	・　・		