

常務理事	事務長	課長	課長代理	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	番号	フリガナ	生年月日	年	月	日
				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)	住所	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	フリガナ					年・月・日	理由						
※	フリガナ (氏)	(名)	昭 平 令	年	月	日	男・女	〒 -	年	月	日		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 平 令	年	月	日	男・女	〒 -	年	月	日		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 平 令	年	月	日	男・女	〒 -	年	月	日		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 平 令	年	月	日	男・女	〒 -	年	月	日		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。	
事業所所在地	〒 - 令和 年 月 日提出
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