

常務理事	部長	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	氏名	〒	生年月日	昭平	年	月	日
	性別	男・女	資格取得年月日	昭和	年	月	日	平成	年	月	日

被扶養者	フリガナ	氏名	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
	フリガナ(氏)	(名)	年 月 日	昭平	男・女		年 月 日	理由	認定・抹消	添付 返不能 減失
※	一個人番号を記入してください									
フリガナ(氏)	(名)	年 月 日	昭平	男・女			年 月 日		認定・抹消	添付返不能減失
※	一個人番号を記入してください									
フリガナ(氏)	(名)	年 月 日	昭平	男・女			年 月 日		認定・抹消	添付返不能減失
※	一個人番号を記入してください									
フリガナ(氏)	(名)	年 月 日	昭平	男・女			年 月 日		認定・抹消	添付返不能減失
※	一個人番号を記入してください									

* 被扶養者の個人番号は※欄に記入して下さい。
 * 被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。
 * 事業主の押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。但し、複写の場合は事業主の押印が必要です。

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。

平成 年 月 日提出

〒

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名 (印)

電話 (局) 番

社会保険労務士の提出代行者印

(印)

受付

月 日証交付・回収済