# 健康保険被扶養者（異動）届

| 被保険者欄 | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者等記号 | 1011 | 被保険者等番号 | | 生年月日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | 年 | 月 | 日 | 所属 | | |
| | | | | | | | | | 社員番号 | | |
| 氏名 | （フリガナ）<br>（氏） | （名） | ㊞ | 取得年月日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | 年 | 月 | 日 | 収入（年収） | 万円 | |
| | | | | 住民票の住所（注意） | 〒　- | | | | | | |

（注意）住民票もしくはマイナンバーカードに記載している文字とおりの住所で記入ください。（簡素化や省略で記入した場合は受付けられません）

| 被扶養者欄 | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 氏名 | （フリガナ）<br>（氏） | （名） | | 生年月日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 1.男　2.女 | |
| | | | | 個人番号 | | | | | | | |
| 続柄 | | 職業 | | 収入（年収） | 万円 | 住民票の住所（注意） | 〒　- | | | | |
| 被扶養者になった日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | 年 | 月 | 日 | 被扶養者から除かれた日 | 9.令和 | 年 | 月 | 日 | 理由 | |
| 被保険者との状況 | ☐ 同居<br>☐ 別居 | 別居の場合は生活拠点での住所を記入➡ | 〒 | | | 備考 | | 資格確認書発行要否 | | ☐ 発行が必要 | |

（注意）住民票もしくはマイナンバーカードに記載している文字とおりの住所で記入ください。（簡素化や省略で記入した場合は受付けられません）

| 被扶養者欄 | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 氏名 | （フリガナ）<br>（氏） | （名） | | 生年月日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 1.男　2.女 | |
| | | | | 個人番号 | | | | | | | |
| 続柄 | | 職業 | | 収入（年収） | 万円 | 住民票の住所（注意） | 〒　- | | | | |
| 被扶養者になった日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | 年 | 月 | 日 | 被扶養者から除かれた日 | 9.令和 | 年 | 月 | 日 | 理由 | |
| 被保険者との状況 | ☐ 同居<br>☐ 別居 | 別居の場合は生活拠点での住所を記入➡ | 〒 | | | 備考 | | 資格確認書発行要否 | | ☐ 発行が必要 | |

（注意）住民票もしくはマイナンバーカードに記載している文字とおりの住所で記入ください。（簡素化や省略で記入した場合は受付けられません）

| 被扶養者欄 | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 氏名 | （フリガナ）<br>（氏） | （名） | | 生年月日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 1.男　2.女 | |
| | | | | 個人番号 | | | | | | | |
| 続柄 | | 職業 | | 収入（年収） | 万円 | 住民票の住所（注意） | 〒　- | | | | |
| 被扶養者になった日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | 年 | 月 | 日 | 被扶養者から除かれた日 | 9.令和 | 年 | 月 | 日 | 理由 | |
| 被保険者との状況 | ☐ 同居<br>☐ 別居 | 別居の場合は生活拠点での住所を記入➡ | 〒 | | | 備考 | | 資格確認書発行要否 | | ☐ 発行が必要 | |

（注意）住民票もしくはマイナンバーカードに記載している文字とおりの住所で記入ください。（簡素化や省略で記入した場合は受付けられません）

【　被保険者記載欄　】日本国内に被扶養者の住民票がない場合は、裏面の要件を確認いただき、該当する番号を備考欄に記載してください。

【　事業主記載欄　】 事業主の確認により添付書類又は本人押印・署名を省略した場合は、該当するものにチェックをしてください。

☑ 収入に関する証明の添付が省略されている者は、所得税法上の控除対象配偶者（※）又は控除対象扶養親族であることを確認しました。

※　年末調整の際「配偶者控除」に該当する予定の配偶者

☑ 被保険者との続柄（※）に関する証明書類が省略されている者については、続柄を確認しています。

※　内縁関係の場合は省略できません。

☑ 本人押印・署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。

| | |
|---|---|
| 事業所所在地 | 〒104-8255<br>東京都中央区新川1-21-2　茅場町タワー |
| 事業所名称 | セントラルスポーツ株式会社 |
| 事業主氏名 | 代表取締役社長　執行役員　後藤　聖治　㊞ |
| 電話番号 | 03　（　5543　）　1804 |

令和　　年　　月　　日　提出

| 受付年月日 |
|---|

| 社会保険労務士の代行者印 | |
|---|---|
| | ㊞ |

セントラルスポーツ健康保険組合