健康保険被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	課長	担当

被保険者欄														
被保険者証の記号		被保険者証の番号		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	備考	
氏名	（フリガナ） （氏）	（名）		取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	収入（年収）	円
				住所	〒 -					

被扶養者欄																							
氏名	（フリガナ） （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（マイナンバー）														
続柄		職業		収入（年収）	円	住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒 -															
被扶養者になった日	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													
住民票住所	同上 □	〒	都道府県	市区町村	資格確認書発行要否	□ マイナンバーカードを保有していないため、資格確認書の発行が必要な方はこちらにチェック														備考			

被扶養者欄の住所と同じ場合、同上にチェックを入れてください。なお、その場合は隣の住所の記入は不要です。(他の被扶養者欄においても同様)

被扶養者欄																							
氏名	（フリガナ） （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（マイナンバー）														
続柄		職業		収入（年収）	円	住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒 -															
被扶養者になった日	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													
住民票住所	同上 □	〒	都道府県	市区町村	資格確認書発行要否	□ マイナンバーカードを保有していないため、資格確認書の発行が必要な方はこちらにチェック														備考			

被扶養者欄																							
氏名	（フリガナ） （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（マイナンバー）														
続柄		職業		収入（年収）	円	住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒 -															
被扶養者になった日	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													
住民票住所	同上 □	〒	都道府県	市区町村	資格確認書発行要否	□ マイナンバーカードを保有していないため、資格確認書の発行が必要な方はこちらにチェック														備考			

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	（　　）

令和　　年　　月　　日　提出

受付年月日

社会保険労務士の代行者印

サノフィ健康保険組合