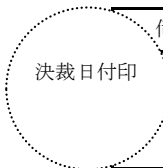


社保委員  
等の検印

届書コード	届書
2   5   0	

### 健康保険被扶養者非同居届



同年月日	令和 年 月 日	施行年月日	令和 年 月 日
常務理事	事務長	課(係)長	扱 者
			被扶養者 台帳照合印

※印欄は記入しないで下さい

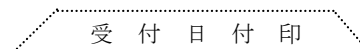
① 健康保険被 険者証の記号	② 健康保険被 険者証の番 号	被 保 険 者 の 氏 名	生 年 月 日	性別	異動 の別	送 信	資 格 取 得 年 月 日
		(氏) (名) 印	昭 5 年 月 日 平 7	男 1 女 2	新規 1 変更 2		年 月 日

所 属				申 請 の 事 由			
会社名	部室店	課・グループ	内線 #				
被保険者現住所			自宅電話番号				

届出の対象となる被扶養者	被扶養者番号	被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	被扶養者の住所	備考
**			昭 5 年 月 日 平 9	男 1 : 女 2			
**			昭 5 年 月 日 平 9	男 1 : 女 2			
**			昭 5 年 月 日 平 9	男 1 : 女 2			
**			昭 5 年 月 日 平 9	男 1 : 女 2			
**			昭 5 年 月 日 平 9	男 1 : 女 2			

うえの届について事实に相違ないことを証明します。	
事業所所在地	〒 - 局 番 印
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	
社会保険労務士の提出代行者印	印

令和 年 月 日提出



#### 〔この届書に添付して提出するもの〕

1. 別居している被扶養者の居住証明書（市区町村長の発行したもの）および健康保険被保険者証。
2. 健康保険の被扶養者と認定されていない者についてこの申請をするときは、この申請書と一緒に「健康保険被扶養者（異動）届」を提出すること。