

正

健康保険被扶養者（異動）訂正届

届出名には「訂正届」と朱書きしてください

※必ず正・副2枚提出してください。◎続柄は、「子」とは記入せず、「長男」「長女」のように記入してください。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|-----------|------|----------|-------|-----------------------------|----------------------|---|---|---|---|---|--------|------------|---------|
| 被保険者欄 | 被保険者証の記号 | 1 | 被保険者証の番号 | 123 | 生年月日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | 5 | 5 | 0 | 8 | 0 | 1 | 性別 | 1.男 2.女 |
| | 氏名 (フリガナ) | 〇〇〇〇 | 〇〇〇〇 | 取得年月日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | 0 | 3 | 0 | 4 | 0 | 1 | 収入(年収) | 6,000,000円 | |
| | 氏名 (氏) | 〇〇 | 〇〇 | 住所 | 〒100-△△△△ 東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|-----------|------|------|------|----------------------|------------|------|--------------|-------------|------|---------------|---|---|---|----|---------|
| 被扶養者欄 | 氏名 (フリガナ) | 〇〇〇〇 | 〇〇〇〇 | 生年月日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | 5 | 9 | 年 | 1 | 0 | 月 | 1 | 0 | 日 | 性別 | 1.男 2.女 |
| | 氏名 (氏) | 〇〇 | 〇〇〇 | 個人番号 | 1 | 2 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 | |
| | 続柄 | 妻 | 職業 | パート | 収入(年収) | 1,000,000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 | 0 | 3 | 0 | 4 | 0 | 1 | 被扶養者でなくなった日 | 9.令和 | 理由 被保険者の取得に伴い | | | | | |
| | ★住民票住所 | 同上 | 〒 | 都道府県 | 市区町村 | 都道府県 | 市区町村 | 都道府県 | 市区町村 | 備考 | 控除対象者確認 | | | | | |

★印の住所は、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、その場合は右

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) | | | 生年月日 | | | | | | | | | 性別 | 1.男 2.女 | |
| | 氏名 (氏) | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | |
| | 続柄 | | 職業 | | 収入(年収) | | 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 | | | | | | | 被扶養者でなくなった日 | 9.令和 | | | | 理由 | |
| | ★住民票住所 | 同上 | 〒 | 都道府県 | 市区町村 | 都道府県 | 市区町村 | 都道府県 | 市区町村 | 備考 | | | | | |

「誤」は朱書き
「正」は黒書き で2段書きしてください

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|-----------|------|----|------|----------------------|------|------|--------------|-------------|------|--|--|----|---------|--|
| 被扶養者欄 | 氏名 (フリガナ) | | | 生年月日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | | | | | | | | 性別 | 1.男 2.女 | |
| | 氏名 (氏) | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | |
| | 続柄 | | 職業 | | 収入(年収) | | 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 | | | | | | | 被扶養者でなくなった日 | 9.令和 | | | | 理由 | |
| | ★住民票住所 | 同上 | 〒 | 都道府県 | 市区町村 | 都道府県 | 市区町村 | 都道府県 | 市区町村 | 備考 | | | | | |

【事業主記載欄】事業主の確認により本人の押印・署名を省略した場合は、次の該当するものにチェックをしてください。

- 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。
- 本人押印・署名の省略にあたり、記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。

※添付書類は、『被扶養者認定に必要な添付書類一覧』を確認ください。

| | |
|--------|-------------------------------|
| 事業所所在地 | 〒111-〇〇〇〇 東京都△△△区〇〇〇 〇-〇-〇 |
| 事業所名称 | 株式会社 〇〇〇〇〇 |
| 事業主氏名 | 代表取締役社長 △△ △△ |
| 電話番号 | 03 (△△△△) △△△△ |

令和 3 年 4 月 5 日 提出

受付年月日

| |
|------------|
| 社会保険労務士記載欄 |
|------------|

自動車振興会健康保険組合