

健康保険 被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	責任者	担当

健康保険被保険者証		③被保険者の氏名	④生年月日	⑤性別	⑥資格取得年月日	⑦標準報酬月額	備考
①記号	②番号						
			昭和 年 月 日 平成 年 月 日	男 女	昭和 年 月 日 平成 年 月 日	千円	
⑧被保険者の住所				⑨所属名			
〒				内線			

⑩増減	⑪被扶養者の氏名	⑫性別	⑬生年月日	⑭続柄 ⑲個人番号	⑮被扶養者になった日 又は扶養しなくなった日	⑯届出事由	⑰月平均収入額	⑱同居・別居の別 別居は住所とその理由	証回収
増 減	フリガナ 氏名	男 女	昭和 年 月 日 平成 年 月 日	 ★個人番号	平成 年 月 日			同居 別居	添付 減失 返不能
増 減	フリガナ 氏名	男 女	昭和 年 月 日 平成 年 月 日	 ★個人番号	平成 年 月 日			同居 別居	添付 減失 返不能
増 減	フリガナ 氏名	男 女	昭和 年 月 日 平成 年 月 日	 ★個人番号	平成 年 月 日			同居 別居	添付 減失 返不能
増 減	フリガナ 氏名	男 女	昭和 年 月 日 平成 年 月 日	 ★個人番号	平成 年 月 日			同居 別居	添付 減失 返不能

<記入上の注意>

- ④⑤⑥⑩⑫⑬⑮⑱は、それぞれ該当する文字を○で囲むこと。
- ⑦は、記入不要。
- ⑭は、被保険者からみた続柄を記入する(例「妻」「長男」「長女」等)
- ⑯は、扶養開始の場合(例「出生」「結婚」「退職」等)
扶養停止の場合(例「就職」「別居」「離婚」等)
- ⑲の個人番号(マイナンバー)の記入は不要です。
(マイナンバー記載の場合は、個人番号確認、本人を確認するための添付書類が必要です)

事業所所在地

事業所名称

事業主名

電 話

受付日付