

健康保険被扶養者（異動）届

		提出年月日		年		月		日			
被保険者	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1	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										
	続柄	職業	収入(年収)	被保険者との同居別居	1.同居 2.別居	住民票上の住所	<input type="checkbox"/> 被保険者の住所と同じ 異なる場合のみ右に記入		都道府県	市区町村	
	別居の場合住所	〒			当該届出書の提出年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 被保険者の住所と同じ 異なる場合のみ右に記入		都道府県	市区町村		
<input type="checkbox"/> 被扶養者になった日 <input type="checkbox"/> 被扶養者から除かれた日		9.令和	年	月	日	申請理由	<input type="radio"/> または記入 結婚・離婚・出生・収入減少 離婚・就職・死亡・収入増加 後期高齢者制度へ移行 その他()				
被扶養者2	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										
	続柄	職業	収入(年収)	被保険者との同居別居	1.同居 2.別居	住民票上の住所	<input type="checkbox"/> 被保険者の住所と同じ 異なる場合のみ右に記入		都道府県	市区町村	
	別居の場合住所	〒			当該届出書の提出年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 被保険者の住所と同じ 異なる場合のみ右に記入		都道府県	市区町村		
<input type="checkbox"/> 被扶養者になった日 <input type="checkbox"/> 被扶養者から除かれた日		9.令和	年	月	日	申請理由	<input type="radio"/> または記入 結婚・離婚・出生・収入減少 離婚・就職・死亡・収入増加 後期高齢者制度へ移行 その他()				
被扶養者3	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										
	続柄	職業	収入(年収)	被保険者との同居別居	1.同居 2.別居	住民票上の住所	<input type="checkbox"/> 被保険者の住所と同じ 異なる場合のみ右に記入		都道府県	市区町村	
	別居の場合住所	〒			当該届出書の提出年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 被保険者の住所と同じ 異なる場合のみ右に記入		都道府県	市区町村		
<input type="checkbox"/> 被扶養者になった日 <input type="checkbox"/> 被扶養者から除かれた日		9.令和	年	月	日	申請理由	<input type="radio"/> または記入 結婚・離婚・出生・収入減少 離婚・就職・死亡・収入増加 後期高齢者制度へ移行 その他()				

- (記入上の注意)
1. 太枠の中は全て被保険者が記入してください
 2. この届出書を提出する際は必要書類を添えて提出してください
 3. 住民票の住所が被保険者欄の住所と同じ場合は同上にチェックを入れてください
 4. 扶養から削除する場合は削除する家族の保険証を添付してください
 5. 職業欄には具体的に「会社員」「パート」「自営業」「無職」「大学生」等を記入してください
 6. 続柄欄には「子」ではなく「長男」「長女」等を記入してください

健保受付印

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()

常務理事	事務長	担当者