

# 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						
			年 月 日	男 女	昭和 平成 令和	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	削除対象者の 保険証
増 減	フリガナ 氏名	男 女	昭和 平成 令和		年 月 日	平成 令和		同居 別居	住所 添付 減失 *返不能
				★個人番号	* * * * *	* * * * *	* * * * *		
増 減	フリガナ 氏名	男 女	昭和 平成 令和		年 月 日	平成 令和		同居 別居	住所 添付 減失 *返不能
				★個人番号	* * * * *	* * * * *	* * * * *		
増 減	フリガナ 氏名	男 女	昭和 平成 令和		年 月 日	平成 令和		同居 別居	住所 添付 減失 *返不能
				★個人番号	* * * * *	* * * * *	* * * * *		

\*減失届を添付してください

※扶養申請対象者が子の場合

あなたの配偶者の有無	有	配偶者の収入	有・無	配偶者の年間収入 *所得ではありません	万円 ( 給与収入・自営・年金・その他 )
	無	状況	未婚・離婚・その他( )		

## <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