〈扶養減〉

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 ①記号	②番　号	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	1234567	丸井　太郎　㊞	昭和 平成 年 月 日 ○○ ○○ ○○	男 女	昭和 平成 令和 年 月 日 ○○ ○○ ○○	千円	
⑧被保険者の住所	〒 164-0001 東京都中野区中野○-○-○				⑨所属名 中野マルイカードセンター　内線 8-○○-○○○○		

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 丸井　一郎	男 女	昭和 平成 令和 年 月 日 ○○ ○○ ○○	長男 ★個人番号	平成 令和 年 月 日 ○○ ○○ ○○ ＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊	就職	20万	同居 別居 住所	添付 滅失 ＊返不能
増 減	フリガナ 氏名	男 女	昭和 平成 令和 年 月 日	★個人番号	平成 令和 年 月 日 ＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊			同居 別居 住所	添付 滅失 ＊返不能
増 減	フリガナ 氏名	男 女	昭和 平成 令和 年 月 日	★個人番号	平成 令和 年 月 日 ＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊			同居 別居 住所	添付 滅失 ＊返不能

就職等で扶養削除(減)の場合、新たに加入された保険証の資格取得日

＊滅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＞

1. ④⑤⑥⑩⑫⑬⑮⑱は、それぞれ該当する文字を○で囲むこと。
2. ⑦は、記入不要。
3. ⑭は、被保険者からみた続柄を記入する(例「妻」「長男」「長女」等)
4. 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)
5. **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