

# 健康保険被扶養者（異動）届 正

記入見本  
 入社・出生・結婚等 認定申請  
 ※正・副2枚提出

常務理事	事務長		担当

保険証の記号

保険証の番号

被 保 険 者 欄	被保険者証 の記号	1	被保険者証 の番号	1234	生年月日	5. 昭和 7. 平成	年	月	日	保険証の資格取得日	
	(フリガナ)	アコム	(氏)	タロウ	アコム印か朱肉印	和 成	○	○	○		○
氏名	アコム		太郎		住所	〒 XXX - XXXX ○○区○○1-2-3-123					

被 扶 養 者 欄	(フリガナ)	アコム	(氏)	ジロウ	生年月日	5. 昭和 7. 平成	年	月	日	性別	1. 男 2. 女	
	氏名	アコム		次郎		個人番号						
続柄	長男	職業	収入 (年取)	0	住所	1. 同居 2. 別居		別居の場合	〒 - - - -			備考
被扶養者 になった 日	7. 平成	年	月	日	被扶養者 から除か れた日	7. 平成	年	月	日	理由	出生	

被 扶 養 者 欄	(フリガナ)		(氏)		生年月日	5. 昭和 7. 平成	年	月	日	扶養申請理由を記入して下さい 入社・出生・結婚等		
	氏名					個人番号						
続柄		職業	収入 (年取)		住所	1. 同居 2. 別居		別居の場合	〒 - - - -			備考
被扶養者 になった 日	7. 平成	年	月	日	被扶養者 から除か れた日	7. 平成	年	月	日	理由		

被 扶 養 者 欄	(フリガナ)		(氏)		生年月日	5. 昭和 7. 平成	年	月	日	性別	1. 男 2. 女	
	氏名					個人番号						
続柄		職業	収入 (年取)		住所	1. 同居 2. 別居		別居の場合	〒 - - - -			備考
被扶養者 になった 日	7. 平成	年	月	日	被扶養者 から除か れた日	7. 平成	年	月	日	理由		

個人番号は事業主側で記入しますので  
本人は記入しないで下さい

平成 年 月 日 提出

受付年月日

事業所 所在地	〒 - - - -
事業所 名称	
事業主 氏名	( )
電話番号	( )

社会保険労務士の代行者印	(印)
--------------	-----

# 健康保険被扶養者（異動）届 正

記入見本  
 就職・離婚等 削除申請  
 ※正・副2枚提出

常務理事	事務長		担当

被保険者欄	被保険者証の記号	1	被保険者証の番号	1234	生年月日	5.昭和	年	月	日	保険証の資格取得日
	(フリガナ)	アコム	(名)	タロウ	7.平成	○	○	○	○	
氏名	(氏)	アコム	(名)	太郎	アコム印か朱肉印	和	年	月	日	円
住所	〒 XXX - XXXX ○○区○○1-2-3-123									

被扶養者欄	(フリガナ)	アコム	(名)	ハナコ	生年月日	5.昭和	年	月	日	性別	1.男	2.女
	(氏)	アコム	(名)	花子	個人番号	7.平成	○	○	○	○	○	○
続柄	妻	職業	保母	収入(年収)	200万	住所	1.同居	別居の場合	〒	-	備考	
被扶養者になった日	7.平成	年	月	日	被扶養者から除かれた日	7.平成	○	○	○	○	理由	就職

扶養から除かれた日を記入して下さい

就職—就職先保険資格取得日を記入  
 離婚—離婚日を記入  
 国保加入・他の方の被扶養者になる等の場合は削除日を記入

扶養から除かれた理由を記入して下さい

就職・離婚・国保加入等

被扶養者欄	(フリガナ)		(名)		生年月日		年	月	日	性別	1.男	2.女
	(氏)		(名)		個人番号							
続柄		職業		収入(年収)		住所	1.同居	別居の場合	〒	-	備考	
被扶養者になった日	7.平成	年	月	日	被扶養者から除かれた日	7.平成					理由	

個人番号は事業主側で記入しますので本人は記入しないで下さい

受付年月日

平成 年 月 日 提出

事業所所在地	〒	-	
事業所名称			
事業主氏名			印
電話番号	(		)

社会保険労務士の代行者印	印

# 健康保険被扶養者（異動）届 正

記入見本  
 退職等 認定申請  
 ※正・副 2 枚提出

常務理事	事務長		担当

被 保 険 者 欄	被保険者証 の記号	1	被保険者証 の番号	1234	生年月日	5. 昭和	年	月	日	保険証の資格取得日	
	(フリガナ)	アコム	(名)	タロウ	7. 平成	○	○	○	○		収入 (年収)
氏名	アコム		太郎		アコム印か朱肉印		和	○	○	○	円
住所	〒 XXX - XXXX ○○区○○1-2-3-123										

被 扶 養 者 欄	(フリガナ)	アコム	(名)	ハナコ	生年月日	5. 昭和	年	月	日	性別	1. 男	2. 女
	氏名	アコム		花子		7. 平成	○	○	○	○		
続柄	妻	職業	収入 (年収)	住所	1. 同居	別居の場合					備考	
被扶養者 になった 日	7. 平成	年	月	日	被扶養者 から除か れた日	7. 平成	年	月	日	理由	退職	

被 扶 養 者 欄	(フリガナ)		(名)		生年月日	5. 昭	年	月	日	性別	1. 男	2. 女
	氏名					7. 平						
続柄	扶養申請理由を記入して下さい											
被扶養者 になった 日	7. 平成	年	月	日	被扶養者 から除か れた日	7. 平成	年	月	日	理由	会社退職・雇用保険受給終了・同居または別居扶養等	

被 扶 養 者 欄	(フリガナ)		(名)		生年月日	5. 昭	年	月	日	性別	1. 男	2. 女
	氏名					7. 平						
続柄	職業	収入 (年収)	住所	1. 同居	別居の場合					備考		
被扶養者 になった 日	7. 平成	年	月	日	被扶養者 から除か れた日	7. 平成	年	月	日	理由		

被扶養者になった日を記入して下さい  
 14日以内の届出をしない場合は、健保の受付日が扶養開始日となります。

扶養申請理由を記入して下さい  
 会社退職・雇用保険受給終了・同居または別居扶養等

個人番号は事業主側で記入しますので  
 本人は記入しないで下さい

受付年月日

平成 年 月 日 提出

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	印
電話番号	( )

社会保険労務士の代行者印	印
アコム健康保険組合	

# 健康保険被扶養者（異動）届 正

記入見本  
後期高齢取得 削除申請  
※正・副2枚提出

常務理事	事務長		担当

被保険者欄	被保険者証の記号	1	被保険者証の番号	1234	生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	保険証の資格取得日
	(フリガナ)	アコム	(名)	タロウ	和	年	月	日	収入(年収)	
	(氏)	アコム	(名)	太郎	成	年	月	日	円	
住所					〒 XXX - XXXX 〇〇区〇〇1-2-3-123					

被扶養者欄	(フリガナ)	アコム	(名)	トメ	生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	性別	1.男 2.女
	(氏)	アコム	(名)	とめ	個人番号						
	続柄	母	職業	なし	収入(年収)				住所	1.同居 2.別居	備考
被扶養者になった日	7.平成	年	月	日	被扶養者から除かれた日	7.平成	年	月	日	理由	後期高齢取得

被扶養者欄	(フリガナ)		(名)		生年月日		年	月	日	性別	1.男 2.女
	(氏)		(名)		個人番号						
	続柄		職業		収入(年収)				住所	1.同居 2.別居	備考
被扶養者になった日	7.平成	年	月	日	被扶養者から除かれた日	7.平成	年	月	日	理由	

後期高齢医療制度取得日を記入して下さい

個人番号は事業主側で記入しますので本人は記入しないで下さい

被扶養者欄	(フリガナ)		(名)		生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	性別	1.男 2.女
	(氏)		(名)		個人番号						
	続柄		職業		収入(年収)				住所	1.同居 2.別居	備考
被扶養者になった日	7.平成	年	月	日	被扶養者から除かれた日	7.平成	年	月	日	理由	

受付年月日

平成 年 月 日 提出

事業所所在地	〒	
事業所名称		
事業主氏名		印
電話番号	(	)

社会保険労務士の代行者印	印

# 健康保険被扶養者（異動）届 正

記入見本  
 死亡 削除申請  
 ※正・副 2 枚提出

常務理事	事務長		担当

被 保 険 者 欄	被保険者証の記号	1	被保険者証の番号	1234	生年月日	5. 昭和	年	月	日	保険証の資格取得日 収入(年収) 円					
	(フリガナ)		アコム		タロウ		和		年		月		日		
	(氏)		アコム		太郎		成		年		月		日		
					住所	〒 XXX - XXXX 〇〇区〇〇1-2-3-123									

被 扶 養 者 欄	(フリガナ)		アコム		トメ		生年月日		5. 昭和		年		月		日		性別		1. 男		2. 女			
	(氏)		アコム		とめ		個人番号																	
	続柄		母		職業		なし		収入(年収)				住所		1. 同居		2. 別居		別居の場合		〒 -		備考	
	被扶養者になった日		7. 平成		年		月		日		被扶養者から除かれた日		7. 平成		年		月		日		理由		死亡	

被 扶 養 者 欄	(フリガナ)		アコム		トメ		生年月日		5. 昭和		年		月		日		性別		1. 男		2. 女			
	(氏)		アコム		とめ		個人番号																	
	続柄		母		職業		なし		収入(年収)				住所		1. 同居		2. 別居		別居の場合		〒 -		備考	
	被扶養者になった日		7. 平成		年		月		日		被扶養者から除かれた日		7. 平成		年		月		日		理由			

被 扶 養 者 欄	(フリガナ)		アコム		トメ		生年月日		5. 昭和		年		月		日		性別		1. 男		2. 女			
	(氏)		アコム		とめ		個人番号																	
	続柄		母		職業		なし		収入(年収)				住所		1. 同居		2. 別居		別居の場合		〒 -		備考	
	被扶養者になった日		7. 平成		年		月		日		被扶養者から除かれた日		7. 平成		年		月		日		理由			

受付年月日

平成 年 月 日 提出

事業所所在地	〒 -	
事業所名称		
事業主氏名	(印)	
電話番号	( ) ( )	

社会保険労務士の代行者印	
(印)	

アコム健康保険組合