

# 健康保険被扶養者(異動)届

令和 年 月 日 提出

事業主記入欄	事業所所在地	( )
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	

※被扶養者の「認定」と「削除」の届出は同時に提出できません。それぞれ別の用紙で提出してください。

被保険者欄	被保険者等記号・番号	生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	性別	男・女	標準報酬月額	千円	年収	円
	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	住所				

被扶養者欄 1	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	個人番号	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	男・女	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要		
	住所	(別居の場合) 〒	同居別居	1.同居 2.別居	続柄								
	被扶養者になった日	9.令和	年	月	日	被扶養者から除かれた日	9.令和	年	月	日	職業	年収	円
	理由							備考					

被扶養者欄 2	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	個人番号	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	男・女	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要		
	住所	(別居の場合) 〒	同居別居	1.同居 2.別居	続柄								
	被扶養者になった日	9.令和	年	月	日	被扶養者から除かれた日	9.令和	年	月	日	職業	年収	円
	理由							備考					

被扶養者欄 3	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	個人番号	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	男・女	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要		
	住所	(別居の場合) 〒	同居別居	1.同居 2.別居	続柄								
	被扶養者になった日	9.令和	年	月	日	被扶養者から除かれた日	9.令和	年	月	日	職業	年収	円
	理由							備考					

健康保険組合使用欄			
常務理事	事務長		担当

健康保険組合受付日