

# 健康保険 被扶養者（異動）届

常務理事	事務長		担 当

◎太枠内のみご記入ください。

提出日	令和 年 月 日											
被保険者証 記号番号	記号	番号	被保険者 氏 名	フリガナ	生年月日			性別	所属 事業所 及び 部署名	資格取得年月日		
	社員番号			昭和 平成	年	月	日	男 女		平成 令和	年	月
被保険者 住 所	〒						電話			配偶者	有・無	
										標準報酬月額		千円

\*この欄は申請する被扶養者について記入してください。

異動の 種類	被 扶 養 者 の 氏 名		生 年 月 日			性別	続柄	職業 または 学年	年間 予定収入 (税込額)	世帯	扶養を始めた日または 扶養をしなくなった日			異動理由 *その他は備考欄に 理由を記入	備 考	扶養認定日 または削除日				
	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月						日	円	同居 別居			平成 令和	年	月	日	平成 令和
増加 ・ 減少	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		円	同居 別居	平成 令和	年	月	日	1.被保険者入社 5.就職 2.出生 6.その他 3.退職 4.結婚		平成 令和	年	月	日
個人番号																				
増加 ・ 減少	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		円	同居 別居	平成 令和	年	月	日	1.被保険者入社 5.就職 2.出生 6.その他 3.退職 4.結婚		平成 令和	年	月	日
個人番号																				
増加 ・ 減少	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		円	同居 別居	平成 令和	年	月	日	1.被保険者入社 5.就職 2.出生 6.その他 3.退職 4.結婚		平成 令和	年	月	日
個人番号																				
増加 ・ 減少	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		円	同居 別居	平成 令和	年	月	日	1.被保険者入社 5.就職 2.出生 6.その他 3.退職 4.結婚		平成 令和	年	月	日
個人番号																				

事業主 の 証 明	令和 年 月 日
	事務所所在地
	事務所名称
	事業主氏名
電話番号	◎

提出先	各拠点人事部門経由で健康保険組合にご提出ください。
提出期限	異動を生じた日から5日以内
※ 被扶養者減少の場合：対象者の被保険者証を添付してください。	

-----  
受付日付印