

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 1 年 5 月 2 日		
被保険者証 記号番号	記号	番号	被保険者 氏 名
	○	○○○○	
社員番号	○○○○		昭和 平成 5 0 0 6 3 0
被保険者 住 所	〒000-0000		性別 男 女
	東京都○○区○○町1-2-3 代々木イースト○○○号室		
資格取得年月日	年	月	日
標準報酬月額	千円		
電話	090-0000-0000		配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無

*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
<input checked="" type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 減少	フリガナ ケンポ ハナコ (氏) 健保 (名) 花子	昭和 平成 5 2 0 4 1 0	男 女 <input checked="" type="checkbox"/>	妻	無職	円 0	同居 <input checked="" type="checkbox"/>	平成 令和 0 1 0 5 0 1	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
<input checked="" type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 減少	フリガナ ケンポ ジロウ (氏) 健保 (名) 次郎	昭和 平成 2 7 0 8 2 0	男 女 <input checked="" type="checkbox"/>	長男	小学 1年生	円 0	同居 <input checked="" type="checkbox"/>	平成 令和 0 1 0 5 0 1	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
増加 減少	フリガナ (氏) (名)	昭和 平成 令和	男 女			円	同居 別居	平成 令和	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
増加 減少	フリガナ (氏) (名)	昭和 平成 令和	男 女			円	同居 別居	平成 令和	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

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

事業主の証明欄

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