

# 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	○○○○		
被保険者 住 所	〒000-0000 東京都○○区○○町1-2-3 代々木イースト○○○号室		
生年月日	昭和	平成	性別
5 0 0 6 3 0	昭	平	男
所属 事業所 及び 部署名	該当する部署及び店舗を ご記入下さい		
00 ( 000 ) 0000			資格取得年月日
電話	090-0000-0000	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
増加 減少	ケンポ ハナコ 健保 花子	昭和 平成 令和 5 2 0 4 1 0	男 女	妻	無職	0	同居	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 年 月 日
増加 減少	ケンポ ミツコ 健保 光子	昭和 平成 令和 1 0 0 8 2 0	男 女	長女	無職	0	同居	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 年 月 日
増加 減少		昭和 平成 令和	男 女				同居	平成	1.被保険者入社 5.就職 2.出生 6.その他		平成 令和 年 月 日
増加 減少		昭和 平成 令和	男 女								平成 令和 年 月 日

・就職、収入増、雇用保険失業給付の  
受給開始による削除の場合 ⇒ 事実日(発生日)

・死亡、離婚による削除の場合 ⇒ 事実日(発生日の翌日)

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