

常務理事	事務長		主任	担当者

健康保険被扶養者（異動）届

被 保 険 者 欄	被保険者記号		被保険者番号		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日		
	氏名 <small>(フリガナ)</small> <small>(氏)</small>		<small>(名)</small>		取 得 年 月 日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	年 収 円	
	住民票住 所		〒 -								
	現住所		住民票と同じ <input type="checkbox"/> (住民票と同一の場合 <input checked="" type="checkbox"/>)								
					備考						

■被保険者の配偶者が当健保の被扶養者ではなく、お子様のみ加入される場合は、記入してください
 ■配偶者年収見込 円 ※夫婦共同該当の場合、夫婦双方の年収を比較します

被 扶 養 者 欄 1	氏名 <small>(フリガナ)</small> <small>(氏)</small>		<small>(名)</small>		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
	住民票住 所		被保険者と同一 <input type="checkbox"/> 〒 - <small>(被保険者ト同一の場合<input checked="" type="checkbox"/>)</small>		個人番号						
	現住所		1.同居 <input type="checkbox"/> 〒 - 2.別居 <input type="checkbox"/> 〒 - <small>(別居の場合住所記入してください)</small>		続柄		職業		年収		円
	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

被 扶 養 者 欄 2	氏名 <small>(フリガナ)</small> <small>(氏)</small>		<small>(名)</small>		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
	住民票住 所		被保険者と同一 <input type="checkbox"/> 〒 - <small>(被保険者ト同一の場合<input checked="" type="checkbox"/>)</small>		個人番号						
	現住所		1.同居 <input type="checkbox"/> 〒 - 2.別居 <input type="checkbox"/> 〒 - <small>(別居の場合住所記入してください)</small>		続柄		職業		年収		円
	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

被 扶 養 者 欄 3	氏名 <small>(フリガナ)</small> <small>(氏)</small>		<small>(名)</small>		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
	住民票住 所		被保険者と同一 <input type="checkbox"/> 〒 - <small>(被保険者ト同一の場合<input checked="" type="checkbox"/>)</small>		個人番号						
	現住所		1.同居 <input type="checkbox"/> 〒 - 2.別居 <input type="checkbox"/> 〒 - <small>(別居の場合住所記入してください)</small>		続柄		職業		年収		円
	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

【 事業主記載欄 】

- 本人押印・署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。
- 本人押印・署名の省略にあたり、記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。

受付日付印

<身分変更(同日得喪)による被扶養者異動の場合は、以下もを入れてください>

- 続柄及び居住状況が従前と変更のないことを確認しました。
- ※続柄及び居住状況が従前と変更のない場合は、住民票を省略することができます。
- ※従前と変更があった場合は、を入れずに住民票を提出してください。

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()

令和 年 月 日 提出

社会保険労務士記載欄

■個人番号が未記入の場合は、番号法第14条に基づき住民基本台帳ネットワーク(住基ネット)から当健保組合が直接収集する場合があります。