

健康保険 被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	担 当

保険者証の 記号・番号	記号	被保険者 氏名	フリガナ				性別	生年月日				資格取得年月日			
	番号		男	昭和 平成 令和	年	月		日	平成 ・ 令和	年	月	日			
被保険者の 住 所	〒					電話	※ 標準報酬 月 額				千円				

異 動 の 種 類	被 扶 養 者 の 氏 名	生 年 月 日	性 別	世 帯	続 柄	被扶養者になった日又は 被扶養者から除かれた日	職 業	年 間 収 入	被扶養者になった理由 又は、除かれた理由	被扶養者の住所									
増加 ・ 減少	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	同居 別居		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	同居 別居		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	同居 別居		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	同居 別居		令和	年	月	日						
	個 人 番 号																		

事業主の 確認	事務所所在地 事務所名称 事業主氏名 電 話
------------	---------------------------------

〈注意事項〉

提出先 事業主（人事部門）を經由して健康保険組合へ

提出期限 異動を生じた日から5日以内

提出部数 二通（記入後コピーをして下さい）

※印は記入しないでください。

被扶養者の減少の場合、対象者の被保険者証を添付して下さい。

令和 年 月 日提出
受付日付印