

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 氏名と印	フリガナ ケンポ タロウ	性別 男 女	生年月日			資格取得年月日		
	番号 ○○○		健保太郎		昭 和 平成 令和	年 ○	月 ○	日 ○	平成 令和	年 ○
被保険者の 住所	〒 160-0023 東京都新宿区西新宿○-×-▲			電話	03-1234-5678			※標準報酬 月額		※記入しないでください

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 ケンポ (氏)	ハナコ (名)	昭 和 平成 令和	年 ○	月 ○	日 ○	男 女	同居 別居	妻	和 令	年 ○	月 ○	日 ○	無職	0 万円	退職	同上
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		和 令	年	月	日		万円		
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		和 令	年	月	日		万円		
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		和 令	年	月	日		万円		

※被
保
険
者
と
同
じ
住
所
に
あ
る
た
ら
同
じ
保
険
者
と
見
な
さ
れ
ま
す
。

事業主の 確認	事務所所在地	※事業主記入欄	印
	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