

# 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	〇〇	被保険者 氏名	フリガナ	ケンポ タロウ	性別	男	生年月日	年	月	日	資格取得年月日	平成	年	月	日
	番号	〇〇〇		健保太郎	〇		昭 平 令 和		〇	〇	〇		〇	〇	〇	〇
被保険者の 住所	〒 160-0023 東京都新宿区西新宿〇-×-▲					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	ケンポ	ハナコ	昭和 平成 令和	男 女	同居 別居	妻	令和	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	無職	0	退職	同上							
	健保	花子	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇		万円									
			個人番号										1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	1		
増加・減少			昭和 平成 令和	男 女	同居 別居		令和																			
			個人番号																							
増加・減少			昭和 平成 令和	男 女	同居 別居		令和																			
			個人番号																							

※被保険者と住居が同じである場合は、住所を記載しなくてもよい

事業主の 確認	事務所所在地	※事業主記入欄
	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）を経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。

令和〇〇年〇月〇日提出  
受付日付印