

# 健康保険被扶養者(異動)届

常務理事	担当

提出日	令和 年 月 日	被保険者が記載内容に誤りがないことを確認したので申請します <input type="checkbox"/>	
被保険者欄	① 被保険者証記号	② 番号	③ 事業所名
	④ (フリガナ) 氏名		⑤ 生年月日 昭和 平成 年 月 日 ⑥ 性別 男・女
	⑦ 住所		(〒 ) 電話( ) 住民票と同一 <input type="checkbox"/>
★ 被扶養者でない配偶者を有し、被扶養者を申請するときは記入⇒		配偶者の収入(年収)	円

被扶養者欄 I	④ 氏名 (フリガナ)	⑤ 生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	⑥ 性別 男 女	証添付
	⑧ 続柄	⑨ 職業	⑩ 収入(年収) 円	認定 / 削除 年 月 日
	⑪ 世帯別居 同居 別居	⑫ 別居の場合 電話番号( ) 住民票と同一 <input type="checkbox"/>	⑬ 事由発生日 平成 令和 年 月 日	
	⑭ 内容増減	⑮ 理由 1. 被保険者の就職 2. 出生 3. 結婚 4. 退職・収入減少 5. 雇用保険受給終了 6. その他( ) 1. 就職・収入増加 2. 離婚 3. 死亡 4. 雇用保険受給開始 5. 後期高齢者医療制度 6. その他( )		

被扶養者欄 II	④ 氏名 (フリガナ)	⑤ 生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	⑥ 性別 男 女	証添付
	⑧ 続柄	⑨ 職業	⑩ 収入(年収) 円	認定 / 削除 年 月 日
	⑪ 世帯別居 同居 別居	⑫ 別居の場合 電話番号( ) 住民票と同一 <input type="checkbox"/>	⑬ 事由発生日 平成 令和 年 月 日	
	⑭ 内容増減	⑮ 理由 1. 被保険者の就職 2. 出生 3. 結婚 4. 退職・収入減少 5. 雇用保険受給終了 6. その他( ) 1. 就職・収入増加 2. 離婚 3. 死亡 4. 雇用保険受給開始 5. 後期高齢者医療制度 6. その他( )		

被扶養者欄 III	④ 氏名 (フリガナ)	⑤ 生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	⑥ 性別 男 女	証添付
	⑧ 続柄	⑨ 職業	⑩ 収入(年収) 円	認定 / 削除 年 月 日
	⑪ 世帯別居 同居 別居	⑫ 別居の場合 電話番号( ) 住民票と同一 <input type="checkbox"/>	⑬ 事由発生日 平成 令和 年 月 日	
	⑭ 内容増減	⑮ 理由 1. 被保険者の就職 2. 出生 3. 結婚 4. 退職・収入減少 5. 雇用保険受給終了 6. その他( ) 1. 就職・収入増加 2. 離婚 3. 死亡 4. 雇用保険受給開始 5. 後期高齢者医療制度 6. その他( )		

- 【注意事項】
- 異動内容によって添付書類が異なりますので、注意してください。
  - 続柄は「妻」「長男」「二女」などをご記入ください。
  - 出生児の証明は住民票か母子手帳(出生証明欄)のコピーを添付してください。

被保険者からの申請内容に間違いがないことを確認しましたので届出します。  令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

受付年月日