

|      |     |    |
|------|-----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 係員 |
|      |     |    |

# 健康保険 被扶養者(異動)届

|     |      |  |   |  |   |  |   |         |
|-----|------|--|---|--|---|--|---|---------|
| 届出日 | 9.令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 被保険者提出日 |
|-----|------|--|---|--|---|--|---|---------|

- 健保組合控  
 事業主控

|       |          |               |          |  |      |        |            |   |  |   |  |   |      |  |
|-------|----------|---------------|----------|--|------|--------|------------|---|--|---|--|---|------|--|
| 被保険者欄 | 被保険者証の記号 |               | 被保険者証の番号 |  | 生年月日 | 和暦     |            | 年 |  | 月 |  | 日 | 社員番号 |  |
|       | 氏名       | (フリガナ)<br>(氏) | (名)      |  | 事業所  | (名称)社名 | (支店または部署名) |   |  |   |  |   |      |  |
|       | 被保険者の住所  | 〒 TEL         |          |  |      |        |            |   |  |   |  |   |      |  |

|       |      |   |           |      |        |    |   |   |   |   |             |      |    |   |   |   |  |   |
|-------|------|---|-----------|------|--------|----|---|---|---|---|-------------|------|----|---|---|---|--|---|
| 被扶養者欄 | 氏名   | (フリガナ)<br>(氏)   | (名)       |      | 生年月日   | 和暦 |   | 年 |   | 月 |             | 日    | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |   |   |  |   |
|       | 続柄   |   | 職業        |      | 個人番号   | *  | * | * | * | * | *           | *    | *  | *   | * |   |  |   |
|       | 住所   | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居                               | 別居の場合     | 〒    | 収入(年間) | 円  |   |   |   |   |             |      |    |   |   |   |  |   |
|       | 届出区分 | <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 変更訂正 | 被扶養者になった日 | 9.令和 |        | 年  |   | 月 |   | 日 | 被扶養者でなくなった日 | 9.令和 |    | 年   |   | 月 |  | 日 |
|       | 理由   | 出生、婚姻、離職、就職等の事実や収入増減の理由を記入  |           |      |        |    |   |   |   |   |             |      |    | 備考  |   |   |  |   |

|       |      |   |           |      |        |    |   |   |   |   |             |      |    |   |   |   |  |   |
|-------|------|---|-----------|------|--------|----|---|---|---|---|-------------|------|----|---|---|---|--|---|
| 被扶養者欄 | 氏名   | (フリガナ)<br>(氏)   | (名)       |      | 生年月日   | 和暦 |   | 年 |   | 月 |             | 日    | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |   |   |  |   |
|       | 続柄   |   | 職業        |      | 個人番号   | *  | * | * | * | * | *           | *    | *  | *   | * |   |  |   |
|       | 住所   | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居                               | 別居の場合     | 〒    | 収入(年間) | 円  |   |   |   |   |             |      |    |   |   |   |  |   |
|       | 届出区分 | <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 変更訂正 | 被扶養者になった日 | 9.令和 |        | 年  |   | 月 |   | 日 | 被扶養者でなくなった日 | 9.令和 |    | 年   |   | 月 |  | 日 |
|       | 理由   | 出生、婚姻、離職、就職等の事実や収入増減の理由を記入  |           |      |        |    |   |   |   |   |             |      |    | 備考  |   |   |  |   |

|       |      |   |           |      |        |    |   |   |   |   |             |      |    |   |   |   |  |   |
|-------|------|---|-----------|------|--------|----|---|---|---|---|-------------|------|----|---|---|---|--|---|
| 被扶養者欄 | 氏名   | (フリガナ)<br>(氏)   | (名)       |      | 生年月日   | 和暦 |   | 年 |   | 月 |             | 日    | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |   |   |  |   |
|       | 続柄   |   | 職業        |      | 個人番号   | *  | * | * | * | * | *           | *    | *  | *   | * |   |  |   |
|       | 住所   | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居                               | 別居の場合     | 〒    | 収入(年間) | 円  |   |   |   |   |             |      |    |   |   |   |  |   |
|       | 届出区分 | <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 変更訂正 | 被扶養者になった日 | 9.令和 |        | 年  |   | 月 |   | 日 | 被扶養者でなくなった日 | 9.令和 |    | 年   |   | 月 |  | 日 |
|       | 理由   | 出生、婚姻、離職、就職等の事実や収入増減の理由を記入  |           |      |        |    |   |   |   |   |             |      |    | 備考  |   |   |  |   |

事業主受付日付印

健保受付日付印

|                          |  |
|--------------------------|--|
| 確認欄                      |  |
| <input type="checkbox"/> | この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。<br>① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。<br>② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 |