

常務理事	事務長	担当者

健康保険被扶養者異動届

被保険者等記号・番号		被 保 険 者 氏 名		性別	生 年 月 日		
記号	番号	フリガナ		☐ 男 ☐ 女	昭 平 年 月 日		
被保険者が勤務する事業所 (会社名・所属)		事業所： 連絡先：		被保険者の資格取得年月日		昭 平 令 年 月 日	
住民票住所		〒 ー					
※住民票の住所をそのまま転記して下さい。							
連絡先		自宅		携帯番号			
被扶養者氏名（住民票氏名を転記）		性別	生 年 月 日	続柄	同・別居	年間収入	被扶養者となった日(増)又は外れた日(減)
フリガナ		男・女	昭 平 令 年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居	円	令和 年 月 日
							☐ 増 ☐ 減
職業	届出の理由（出生、婚姻、就職など）						
(増の場合) 届出時に加入している健康保険		☐ 国民健康保険 ☐ 任意継続 ☐ 未加入 ☐ その他（ ）					
(増の場合) 個 人 番 号		ー ー					
被扶養者氏名（住民票氏名を転記）		性別	生 年 月 日	続柄	同・別居	年間収入	被扶養者となった日(増)又は外れた日(減)
フリガナ		男・女	昭 平 令 年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居	円	令和 年 月 日
							☐ 増 ☐ 減
職業	届出の理由（出生、婚姻、就職など）						
(増の場合) 届出時に加入している健康保険		☐ 国民健康保険 ☐ 任意継続 ☐ 未加入 ☐ その他（ ）					
(増の場合) 個 人 番 号		ー ー					
被扶養者氏名（住民票氏名を転記）		性別	生 年 月 日	続柄	同・別居	年間収入	被扶養者となった日(増)又は外れた日(減)
フリガナ		男・女	昭 平 令 年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居	円	令和 年 月 日
							☐ 増 ☐ 減
職業	届出の理由（出生、婚姻、就職など）						
(増の場合) 届出時に加入している健康保険		☐ 国民健康保険 ☐ 任意継続 ☐ 未加入 ☐ その他（ ）					
(増の場合) 個 人 番 号		ー ー					

被扶養者から外れた場合	喪失（削除）証明書の交付 ☐ 希望する ☐ 希望しない ※記入がない場合は交付しません
-------------	--

令和 年 月 日 提出

- 【注意事項】
- 1. この届書は、異動を生じた日から5日以内に事業主を経由して提出するものです。
 - 2. 異動があった被扶養者のみ記入してください。
 - 3. 氏名、生年月日は住民票のとおりに入力してください。
 - 4. 該当する□(チェックボックス)にレ点を記入してください。
 - 5. 年間収入欄には今後1年間の収入見込額を記入してください。
 - 6. 職業欄には「主婦」「小学1年生」「年金受給者」など、被扶養者の実態がわかるように記入してください。
 - 7. 雇用保険(失業保険)、出産手当金、傷病手当金等の受給期間中は被扶養者として認められません。

受付日付印

事業主の証明	この届について事実と相違ないことを証明します。	
	令和 年 月 日	
	住所	
	事業主氏名	

カード	証明書