

常務理事	事務長	担当者
健康保険使用欄		

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 デンツウ タロウ		<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input checked="" type="checkbox"/> 昭	××年××月××日	
×××	×××××	電通 太郎		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 平		
被保険者が勤務する事業所 (会社名・所属)		事業所：(株)電通 ××局 ××部 連絡先：03-××××-××××		被保険者の資格取得年月日		<input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 ××年××月××日	
住民票住所		〒 ××× - ××××		必ず、住民票の住所をそのまま転記してください。			
※住民票の住所をそのまま転記して下さい。		東京都港区 ××××-××-××-××					
連絡先		自宅	03-××××-××××	携帯番号		090-××××-××××	
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 デンツウ ハナコ		男	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 ××年××月××日	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	0 円	<input checked="" type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 令和 ××年××月××日
電通 花子		<input checked="" type="checkbox"/> 女					
職業		パート		届出の理由(出生、婚姻、就職など)		退職	
(増の場合)届出時に加入している健康保険		<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> その他()					
(増の場合)個人番号		×××× - ××××		- ××××			
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 デンツウ コタロウ		男	<input type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 ××年××月××日	長男	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	200万円	<input type="checkbox"/> 増 <input checked="" type="checkbox"/> 減 令和 ××年××月××日
電通 小太郎		<input checked="" type="checkbox"/> 女					
職業		会社員		届出の理由(出生、婚姻、就職など)		就職	
(増の場合)届出時に加入している健康保険		<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> その他()					
(増の場合)個人番号		-		-			
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	年 月 日	妻	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	円	<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 令和 年 月 日
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		<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> その他()					
(増の場合)個人番号		-		-			

被扶養者から外れた場合	喪失(削除)証明書の交付 <input type="checkbox"/> 希望する <input checked="" type="checkbox"/> 希望しない ※記入がない場合は交付しません	扶養から外れて国民健康保険等に入る場合は「希望する」にチェックしてください。
令和 年 月 日 提出		

- 【注意事項】
- 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。
 - 異動があった被扶養者のみ記入してください。
 - 氏名、生年月日は住民票のとおりに入力してください。
 - 該当する口(チェックボックス)にシ点を記入してください。
 - 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。
 - 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。
 - 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。

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	事業所担当者が記入

受付日付印

健康保険使用欄	
カード	証明書
健康保険使用欄	