

健康保険 被扶養者（異動）届

極秘

常務理事	事務長	業務課長	担当者

被保険者欄	被保険者証の記号と番号		被保険者の氏名（フリガナ）		性別	生年月日			
	記号	番号	氏	名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
	取得年月日		収入（年収）		被保険者の「現住所（現在お住まいの住所）」				
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	円	〒	-		
被保険者の「住民票に記載されている住所」 ※上記の住所と同一の場合は未記入									
円 〒 -									

被扶養者 1	①増減別	②被扶養者の氏名（フリガナ）		③性別	④生年月日			⑤続柄		
	<input type="checkbox"/> 増（認定） <input type="checkbox"/> 減（削除）	氏	名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日		
	⑥被扶養者の職業及び収入		⑦認定日（被扶養者になった日）		⑧削除日（被扶養者でなくなった日）		⑨被扶養者になった（でなくなった）理由			
	職業	収入	令和	年	月	日	令和	年	月	日
		円								
⑩個人番号（マイナンバー） ※削除の場合は不要			⑪被扶養者の住所（「同居」の場合は住所の記入が不要です）						⑫備考	
			<input type="checkbox"/> 同居 現住所（現在お住まいの住所） 〒 - <input type="checkbox"/> 別居 住民票に記載されている住所 ※上記の住所と同一の場合は未記入 〒 -							
⑬資格確認書の発行が必要な場合※（この届書の下部の記載事項に該当する方に限る）は、右の欄にチェックをしてください。									<input type="checkbox"/> 発行が必要	

被扶養者 2	①増減別	②被扶養者の氏名（フリガナ）		③性別	④生年月日			⑤続柄		
	<input type="checkbox"/> 増（認定） <input type="checkbox"/> 減（削除）	氏	名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日		
	⑥被扶養者の職業及び収入		⑦認定日（被扶養者になった日）		⑧削除日（被扶養者でなくなった日）		⑨被扶養者になった（でなくなった）理由			
	職業	収入	令和	年	月	日	令和	年	月	日
		円								
⑩個人番号（マイナンバー） ※削除の場合は不要			⑪被扶養者の住所（「同居」の場合は住所の記入が不要です）						⑫備考	
			<input type="checkbox"/> 同居 現住所（現在お住まいの住所） 〒 - <input type="checkbox"/> 別居 住民票に記載されている住所 ※上記の住所と同一の場合は未記入 〒 -							
⑬資格確認書の発行が必要な場合※（この届書の下部の記載事項に該当する方に限る）は、右の欄にチェックをしてください。									<input type="checkbox"/> 発行が必要	

被扶養者 3	①増減別	②被扶養者の氏名（フリガナ）		③性別	④生年月日			⑤続柄		
	<input type="checkbox"/> 増（認定） <input type="checkbox"/> 減（削除）	氏	名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日		
	⑥被扶養者の職業及び収入		⑦認定日（被扶養者になった日）		⑧削除日（被扶養者でなくなった日）		⑨被扶養者になった（でなくなった）理由			
	職業	収入	令和	年	月	日	令和	年	月	日
		円								
⑩個人番号（マイナンバー） ※削除の場合は不要			⑪被扶養者の住所（「同居」の場合は住所の記入が不要です）						⑫備考	
			<input type="checkbox"/> 同居 現住所（現在お住まいの住所） 〒 - <input type="checkbox"/> 別居 住民票に記載されている住所 ※上記の住所と同一の場合は未記入 〒 -							
⑬資格確認書の発行が必要な場合※（この届書の下部の記載事項に該当する方に限る）は、右の欄にチェックをしてください。									<input type="checkbox"/> 発行が必要	

※資格確認書の発行が必要な場合は次に該当する方に限ります。

- ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
- ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

令和 年 月 日 提出

受付日付印

事業主記入欄	事業所所在地	〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名	
	連絡先	

社会保険労務士の提出代行者 記載欄