

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）		被保険者の住所（郵便番号及び都道府県からご記入ください）				
<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成		年	月	日	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
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 <input type="checkbox"/> 別居 →		円				

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
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 <input type="checkbox"/> 別居 →		円				

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
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 <input type="checkbox"/> 別居 →		円				

令和 年 月 日 提出

受付日付印

事業主記入欄	事業所所在地	円
	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