

【提出ルート】 本人 ⇒ 事業所健保事務担当者 ⇒ 健康保険組合

健康保険被扶養者(異動)届

令和 年 月 日提出

常務理事	事務長	担当	担当

被保険者証の記号と番号	記号 — 番号	被保険者氏名	〒 —	〒 —	◎	生年月日	昭平	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男
	—						<input type="checkbox"/> 女					
住所	〒 —					資格取得年月日	昭平	年	月	日	令	
会社名						会社所在地	〒 —					

■ 以下は、今回申請される方のみご記入下さい

区分	フリガナ	性別	生年月日	続柄	<input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 長男 <input type="checkbox"/> 次男 <input type="checkbox"/> 長女 <input type="checkbox"/> 次女 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> その他()			年間収入	万円				
	被扶養者氏名				年間収入見込								
<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭平 令	年	月	日	年金受給の有無 (有の場合は年金額を記入してください)	(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) (円)	扶養開始日または 終了日の翌日	令和	年	月	日
				同居・別居 の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	扶養または 終了の理由	<input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> その他()						
	マイナンバー (個人番号)	住所		<input type="checkbox"/> 住民票と同じ <input type="checkbox"/> 住民票と異なる <small>(異なる場合、右に住居地住所を記載)</small>	現在住居地 の住所	〒 —							
区分	フリガナ	性別	生年月日	続柄	<input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 長男 <input type="checkbox"/> 次男 <input type="checkbox"/> 長女 <input type="checkbox"/> 次女 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> その他()			年間収入	万円				
	被扶養者氏名				年間収入見込								
<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭平 令	年	月	日	年金受給の有無 (有の場合は年金額を記入してください)	(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) (円)	扶養開始日または 終了日の翌日	令和	年	月	日
				同居・別居 の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	扶養または 終了の理由	<input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> その他()						
	マイナンバー (個人番号)	住所		<input type="checkbox"/> 住民票と同じ <input type="checkbox"/> 住民票と異なる <small>(異なる場合、右に住居地住所を記載)</small>	現在住居地 の住所	〒 —							

扶養から外れる場合は、必ず健康保険証を添付して下さい。

(注意事項)

1. ボールペンで記入し、書き損じた場合は訂正箇所には訂正印を押して下さい。
2. 年金受給者は年金額(年額)を記入して下さい。

健保受付印	事業所受付印