

【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 | | |
| 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 | | | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合は年金額を記入してください) (円) | | 扶養開始日または終了日の翌日 | 令和 年 月 日 | 見込 |
| <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 | マイナンバー (個人番号) | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 昭平 令 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() | | |
| | | | | | | | 住所 | <input type="checkbox"/> 住民票と同じ <input type="checkbox"/> 住民票と異なる (異なる場合、右に住居地住所を記載) | 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 | | | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合は年金額を記入してください) (円) | | 扶養開始日または終了日の翌日 | 令和 年 月 日 | 見込 |
| <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 | マイナンバー (個人番号) | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 昭平 令 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() | | |
| | | | | | | | 住所 | <input type="checkbox"/> 住民票と同じ <input type="checkbox"/> 住民票と異なる (異なる場合、右に住居地住所を記載) | 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 |
| | |