

【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

提出日を記入

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	愛知 太郎 印	生年月日	昭平 55年 12月 25日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	88 — 1234						
住所	〒476—0000 東海市荒尾町〇〇1—1			資格取得年月日	昭平 14年 4月 1日		
	会社名	AICHI株式会社	会社所在地		〒476—0000 東海市荒尾町〇丁目〇番地		

■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	年金受給の有無		扶養開始日または終了日の翌日	年間収入見込
	被扶養者氏名				<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	(円)		
<input checked="" type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	お子様が生まれた時の例		昭平 5年 12月 15日	<input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 長男 <input type="checkbox"/> 次男 <input checked="" 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()	()		令和 5年 12月 15日	0 万円
	同居・別居の別	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> その他()	お子様の誕生日		<input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 収入減	
マイナンバー(個人番号)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0		住所	<input checked="" 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	年金受給の有無		扶養開始日または終了日の翌日	年間収入見込
	被扶養者氏名				<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	(円)		
<input type="checkbox"/> 増 <input checked="" type="checkbox"/> 減	お子様が就職された時の例		昭平 12年 10月 15日	<input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 長男 <input checked="" 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()	()		令和 5年 12月 1日	250 万円
	同居・別居の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> その他()	就職先で交付された保険証の認定日(取得日)と同日		<input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 収入減	
マイナンバー(個人番号)	(記入不要)		住所	<input type="checkbox"/> 住民票と同じ <input checked="" 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、記入不要)		

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

健保受付印	事業所受付印