

健康保険被扶養者(異動)届

常務理事	事務長		係

確認欄	この届出については①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

下記の通りお届けいたします。

事業主記入欄	事業所所在地	本申請内容につき、調査結果、事実と相違無いこと、また、届出記入に誤りがないことを確認しました。 〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	

- ※1 氏名は住民票に登録されている氏名をご記入ください。
- ※2 個人番号は、追加の場合のみご記入ください。
- ※3 住所は被保険者と同居か別居のどちらかを○印して、住民票・1月1日の住民票住所をご記入ください。
- ※4 削除の場合は対象者の方の『被保険者証』を添付ください。
- ※5 事由発生日が不明な場合は、空欄でご提出ください。
- ※6 出生の場合は添付書類は不要です。
- ※7 被扶養者認定申請書ならびに必要な書類を添付ください。
- ※8 内縁関係にある場合は、3夫(未届)4妻(未届)のいずれかに○印ください。

受 付 印

被保険者(新規・再雇用・転入) 被扶養者(変更) 令和 年 月 日 提出

被保険者欄	被保険者証の記号・番号		フリガナ	事業所名(営業所名)		職種
	-		氏名	生年月日	5.昭和 年 月 日 7.平成	性別 1.男 2.女
	社員番号(右つめ)		住所	取得年月日	9.令和 年 月 日	電話番号

配偶者である被扶養者欄	※1 フリガナ	生年月日	5.昭和 年 月 日 7.平成	※8 性別(続柄)	1.夫 3.夫(未届) 2.妻 4.妻(未届)	外国籍
	氏名	※2 個人番号		職業	1.無職 2.パート 3.年金受給者 4.その他[]	
	※3 住所	1.同居 別居の場合 〒 - 2.別居	住民票住所		同上 □ 〒 - 都道府県 市区町村	
	追加・削除	※5 事由発生日	9.令和 年 月 日	※6.7 理由	1.配偶者の就職 2.婚姻 3.離職 4.収入減少 5.死亡(年 月 日) 6.離婚 7.就職 8.収入増 9.生計維持不成立 10.その他[]	

その他の被扶養者欄①	※1 フリガナ	生年月日	5.昭和 年 月 日 7.平成 9.令和	性別	1.男 2.女	職業	1.無職 2.パート 3.年金受給者 4.小・中学生以下 5.高校生・大学生・専門(年生) 6.その他[]
	氏名	※2 個人番号		続柄	1.[長・二・三・]男女 2.養子・養女 3.父母 4.義父母 5.弟妹兄弟 6.その他[]		
	※3 住所	1.同居 別居の場合 〒 - 2.別居	住民票住所		同上 □ 〒 - 都道府県 市区町村		
	追加・削除	※5 事由発生日	9.令和 年 月 日	※6.7 理由	1.新規 2.出生 3.離職 4.収入減 5.同居 6.死亡(年 月 日) 7.就職 8.収入増 9.生計維持不成立 10.別居 11.その他[]		

その他の被扶養者欄②	※1 フリガナ	生年月日	5.昭和 年 月 日 7.平成 9.令和	性別	1.男 2.女	職業	1.無職 2.パート 3.年金受給者 4.小・中学生以下 5.高校生・大学生・専門(年生) 6.その他[]
	氏名	※2 個人番号		続柄	1.[長・二・三・]男女 2.養子・養女 3.父母 4.義父母 5.弟妹兄弟 6.その他[]		
	※3 住所	1.同居 別居の場合 〒 - 2.別居	住民票住所		同上 □ 〒 - 都道府県 市区町村		
	追加・削除	※5 事由発生日	9.令和 年 月 日	※6.7 理由	1.新規 2.出生 3.離職 4.収入減 5.同居 6.死亡(年 月 日) 7.就職 8.収入増 9.生計維持不成立 10.別居 11.その他[]		