

健康保険被扶養者(異動)届

常務理事	担当

提出日 令和 3 年 10 月 10 日

提出日を記入

保険者証の記号(3桁)と番号(6桁) 999 999999

チェックする

りがないことを確認したので申請します

被保険者欄	① 被保険者証記号	999	② 番号	999999	③ 事業所名	ABCD株式会社			④ 所属	営業部	⑤ 連絡の取れる電話番号	8-00-0000
	④ (フリガナ) 氏名	ケンポ タロウ		タロウ	⑤ 生年月日	昭和 42 年 7 月 20 日	平成 令和	⑥ 性別	男	女	⑦ 住所	
	健保		太郎		〒559-xxxx 大阪市住之江区0001-2-3							
					住民票と同一 <input checked="" type="checkbox"/> 電話番号(06-0000-xxxx)							

★被扶養者でない配偶者を有し、被扶養者を申請するときは記入⇒ 配偶者の収入(年収) 円

住所地に住民票があればチェックを入れる

被扶養者欄 I	④ (フリガナ) 氏名	ケンポ アイ		⑤ 生年月日	昭和 14 年 7 月 7 日	平成 令和	⑥ 性別	男	女	証添付	
	④ 氏名	健保 愛		⑧ 続柄	長女	⑨ 職業	会社員	⑩ 収入(年収)	300	円	⑪ 認定 / 削除
⑪ 世帯	同居	⑫ 別居の場	〒111-1111 東京都00区x×1-2-3		⑬ 事由発生日	令和 3 年 10 月 1 日					
⑭ 内容	増	⑮ 理由	1. 被保険者の就職 2. 出生 3. 結婚 4. 退職・収入減少 5. 雇用保険受給終了 6. その他()								
	減	⑮ 理由	1. 就職・収入増加 2. 離婚 3. 死亡 4. 雇用保険受給開始 5. 後期高齢者医療制度 6. その他()								

増減内訳と理由を記入

被扶養者欄 II	④ (フリガナ) 氏名			⑤ 生年月日		昭和 平成 令和	⑥ 性別	男	女	証添付	
	④ 氏名			⑧ 続柄		⑨ 職業		⑩ 収入(年収)		円	⑪ 認定 / 削除
⑪ 世帯	同居	⑫ 別居の場	〒		⑬ 事由発生日	平成 令和					
⑭ 内容	増	⑮ 理由	1. 被保険者の就職 2. 出生 3. 結婚 4. 退職・収入減少 5. 雇用保険受給終了 6. その他()								
	減	⑮ 理由	1. 就職・収入増加 2. 離婚 3. 死亡 4. 雇用保険受給開始 5. 後期高齢者医療制度 6. その他()								

被扶養者欄 III	④ (フリガナ) 氏名			⑤ 生年月日		昭和 平成 令和	⑥ 性別	男	女	証添付	
	④ 氏名			⑧ 続柄		⑨ 職業		⑩ 収入(年収)		円	⑪ 認定 / 削除
⑪ 世帯	同居	⑫ 別居の場	〒		⑬ 事由発生日	平成 令和					
⑭ 内容	増	⑮ 理由	1. 被保険者の就職 2. 出生 3. 結婚 4. 退職・収入減少 5. 雇用保険受給終了 6. その他()								
	減	⑮ 理由	1. 就職・収入増加 2. 離婚 3. 死亡 4. 雇用保険受給開始 5. 後期高齢者医療制度 6. その他()								

【注意事項】

- 異動内容によって添付書類が異なりますので、注意してください。
- 続柄は「妻」「長男」「二女」などをご記入ください。
- 出生児の証明は住民票か母子手帳(出生証明欄)のコピーを添付してください。

被保険者からの申請内容に間違いがないことを確認しましたので届出します。 令和 年 月 日 提出

事業所所在地	<p>事業主が証明し、健康保険組合へ提出します。</p>
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

受付年月日