

健康保険被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	課長	担当

被 保 険 者 欄	被保険者証の 記号		被保険者証の 番号		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	備考	
	氏名	(フリガナ)		(氏)	取得 年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	収入 (年収)	円
		住所	〒								

被 扶 養 者 欄	氏名	(フリガナ)		(氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男	2.女	
		個人番号 (必須)												
	続柄		職業		収入 (年収)	円	住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒					
	被扶養者 になった日	9.令和		年	月	日	被扶養者から 除かれた日	9.令和		年	月	日	理由	
	住民票 住所	同上	〒	都道 府県	市区 町村	当該届出書の 提出年1月1日の住所	同上	〒	都道 府県	市区 町村	備考			

被扶養者欄の住所と同じ場合、同上にチェックを入れてください。なお、その場合は隣の住所の記入は不要です。(他の被扶養者欄においても同様)

被 扶 養 者 欄	氏名	(フリガナ)		(氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男	2.女	
		個人番号 (必須)												
	続柄		職業		収入 (年収)	円	住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒					
	被扶養者 になった日	9.令和		年	月	日	被扶養者から 除かれた日	9.令和		年	月	日	理由	
	住民票 住所	同上	〒	都道 府県	市区 町村	当該届出書の 提出年1月1日の住所	同上	〒	都道 府県	市区 町村	備考			

被 扶 養 者 欄	氏名	(フリガナ)		(氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男	2.女	
		個人番号 (必須)												
	続柄		職業		収入 (年収)	円	住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒					
	被扶養者 になった日	9.令和		年	月	日	被扶養者から 除かれた日	9.令和		年	月	日	理由	
	住民票 住所	同上	〒	都道 府県	市区 町村	当該届出書の 提出年1月1日の住所	同上	〒	都道 府県	市区 町村	備考			

事業所 所在地	〒	
事業所 名称		
事業主 氏名		
電話番号	()

令和 年 月 日 提出

受付年月日

社会保険労務士の代行者印