

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
	(フリガナ) 氏名	(名)	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	(フリガナ) 氏名	(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							
	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
住民票住所	同上 <input type="checkbox"/>	〒	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 <input type="checkbox"/>	〒	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	(フリガナ) 氏名	(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							
	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
住民票住所	同上 <input type="checkbox"/>	〒	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 <input type="checkbox"/>	〒	都道府県	市区町村	備考

被扶養者欄	(フリガナ) 氏名	(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							
	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
住民票住所	同上 <input type="checkbox"/>	〒	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 <input type="checkbox"/>	〒	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