

# 健康保険 被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	担当

保険者証の 記号・番号	記号	〇〇	被保険者 氏名と印	フリガナ	ケンポ タロウ	性別	男	生年月日	昭和	年	月	日	資格取得年月日	平成	年	月	日
	番号	〇〇〇		<b>健保太郎</b>			女		平成	〇	〇	〇		〇	〇	〇	〇
被保険者の 住所	〒 123-4567				〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 ××ハイツ123号			電話	03-1234-5678			※標準報酬 月額	※記入しないでください				

異動の種類	被扶養者の氏名		生年月日			性別	世帯	続柄	被扶養者になった日又は 被扶養者から除かれた日			職業	年間収入	被扶養者になった理由 又は、除かれた理由		被扶養者の住所	
増加 減少	フリガナ (氏)	ケンポ ハナコ 健保 花子	昭和 平成	年	月	日	男 女	同居 別居	妻	平成	年	月	日	無職	0	入社	同上
	個人番号		〇〇〇〇〇〇〇〇			〇〇〇〇〇〇〇〇			〇〇〇〇〇〇〇〇			万円					
増加 減少	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成	年	月	日	男 女	同居 別居		平成	年	月	日				※被保険者 と同記入し てくれど 住所が 上がい
増加 減少	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成	年	月	日	男 女	同居 別居		平成	年	月	日			万円	
増加 減少	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成	年	月	日	男 女	同居 別居		平成	年	月	日			万円	
増加 減少	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成	年	月	日	男 女	同居 別居		平成	年	月	日			万円	
増加 減少	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成	年	月	日	男 女	同居 別居		平成	年	月	日			万円	

事業主の 確認	事務所所在地	<b>※事業主記入欄</b>	印
	事務所名称		
	事業主氏名		
	電話		
	話		

(注意事項)

提出先 事業主（人事部門）を経由して健康保険組合へ

提出期限 異動を生じた日から5日以内

提出部数 二通（記入後コピーをして下さい）

※印は記入しないでください。

被扶養者の減少の場合、対象者の被保険者証を添付して下さい。

平成〇〇年〇月〇日提出  
受付日付印