

健康保険被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	担当

被保険者欄	保険証記号	1 1	保険証番号		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	備考
	氏名	(氏)	(名)		資格取得年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	住所	〒 -								

※ 配偶者の申請の場合は別途「国民年金 第3号被保険者関係届」の提出が必要です。書式は各事業所人事・総務にあります。

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	1.男 2.女		
		(氏)	(名)		個人番号							
	続柄	職業	収入(年収)	住所	1.同居	別居の方のみ記入 〒 -						
					2.別居							
	増	被扶養者になった日	令和	年	月	日	理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 被保険者の就職 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 失業給付終了 <input type="checkbox"/> その他(理由:)				備考
		子の出生の場合は、下記欄も記入してください。(配偶者を扶養していない場合のみ)										※健保組合使用欄
(フリガナ)						備考						
配偶者の氏名						備考						
育児休業	<input type="checkbox"/> 取得(令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 取得しない										担当 様 育休期間確認済 令和 年 月 日 担当者印	
配偶者の勤務先					勤務先TEL	() -						
減	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	理由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 失業給付受給 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: /) <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 65歳障害 <input type="checkbox"/> その他(理由:)				備考	

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	1.男 2.女		
		(氏)	(名)		個人番号							
	続柄	職業	収入(年収)	住所	1.同居	別居の方のみ記入 〒 -						
					2.別居							
	増	被扶養者になった日	令和	年	月	日	理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 被保険者の就職 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 失業給付終了 <input type="checkbox"/> その他(理由:)				備考
		子の出生の場合は、下記欄も記入してください。(配偶者を扶養していない場合のみ)										※健保組合使用欄
(フリガナ)						備考						
配偶者の氏名						備考						
育児休業	<input type="checkbox"/> 取得(令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 取得しない										担当 様 育休期間確認済 令和 年 月 日 担当者印	
配偶者の勤務先					勤務先TEL	() -						
減	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	理由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 失業給付受給 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: /) <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 65歳障害 <input type="checkbox"/> その他(理由:)				備考	

【被保険者記載欄】 日本国内に被扶養者の住民票がない場合は、裏面を確認し、該当する番号を備考欄に記載してください。

事業所所在地	〒 -	令和 年 月 日提出
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号	()	

事業所担当者	健保組合