

健康保険被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	担当	担当

健康保険被保険者証	被保険者氏名（注1）	生年月日	住所	〒 - Tel（ ）
記号 - 番号		年 月 日	所属部署	Tel（ ）
-		昭・平	日中繋がる電話番号	Tel（ ）※健保組合より連絡が入る場合があります。

異動の種類	被扶養者名	性別	生年月日	続柄 ※例（×子 ○長男○養女）	職業	収入の種類（注1） 年間収入（見込）額	異動年月日 被扶養者となった日 または 被扶養者でなくなった日	異動理由 （注2）	（健保記入欄） 認定日 削除日
追加・削除	（フリガナ）	男・女	昭・平・令 年 月 日			令和 年 月 日	令和 年 月 日		令和 年 月 日
						円	資格確認書発行要否（注3） ☐ 発行が必要		
	個人番号（マイナンバー）						被保険者と 同居・別居 している	認定・削除	
追加・削除	（フリガナ）	男・女	昭・平・令 年 月 日			令和 年 月 日	令和 年 月 日		令和 年 月 日
						円	資格確認書発行要否（注3） ☐ 発行が必要		
	個人番号（マイナンバー）						被保険者と 同居・別居 している	認定・削除	
追加・削除	（フリガナ）	男・女	昭・平・令 年 月 日			令和 年 月 日	令和 年 月 日		令和 年 月 日
						円	資格確認書発行要否（注3） ☐ 発行が必要		
	個人番号（マイナンバー）						被保険者と 同居・別居 している	認定・削除	

記入上の注意	（注1）収入の種類：給与、年金、失業給付、出産手当金、傷病手当金など具体的に記入してください。 （注2）追加のとき：被保険者入社、出生、結婚、退職、失業給付受給終了、収入減、同居などを記入してください。 削除のとき：就職、離婚、死亡、失業給付開始、収入超過、別居などを記入してください。 （注3）資格確認書発行が必要な場合は、別途「資格確認書（再）交付申請書」をご提出ください。 資格確認書の発行該当者か否かは、記入見本をご確認ください。 【添付書類について】 ・扶養の追加・削除には別途確認書類の添付が必要です。詳細は健保組合へお問い合わせください。	（健保記入欄）	資格確認書（保険証）回収日…令和 年 月 日 枚
--------	---	---------	--------------------------

事業所所在地	〒 -	令和 年 月 日提出	受付印
事業所名称			
事業主氏名			