

正

健康保険被扶養者（異動）届

| | | | |
|------|-----|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 | 担当者 |
| | | | |

- 増(家族を扶養に入れる)
- 減(家族を扶養から外す)

届出書類は、正・副
2枚ご提出ください

該当項目にチェックしてください

| | | | | | | | | | | |
|-------|--------------|--------|--------------|-----------|-----------|---|---|---|---|----|
| 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 | 年 | 月 | 日 | 備考 |
| | (フリガナ) 氏名 | ケンポ 健保 | | タロウ 太郎 | 取得 年月日 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 | 日 | |
| | (氏) | | | | 住所 | 〒 × × × - × × × × 東京都江東区豊洲 × - × - × × × × | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|-------|----------------------|--------|----|--------|-----------|---|----|---|-------|----|--|----|
| 被扶養者欄 | (フリガナ) 氏名 | ケンポ 健保 | | ハナコ 花子 | 生年月日 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 | 日 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 | |
| | (氏) | | | | 個人番号 | × × × × × × × × × × × × × × × × | | | | | | |
| | 続柄 (妻、長男 義母等) | 妻 | 職業 | 無職 | 今後の 収入 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 住所 | <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | 別居の場合 | 〒 | | |
| | 被扶養者 になった日 (増) | 令和 | 年 | 月 | 日 | 被扶養者から 除かれた日 (減) | 令和 | 年 | 月 | 日 | 理由 | 退職 |

副(2枚目)には、個人番号は記入しないでください

被保険者の資格取得、結婚、出生、退職
収入減少、雇用保険受給終了 など

| | | | | | | | | | | | | |
|-------|----------------------|--------|----|---------|-----------|---|----|---|-------|----|--|----|
| 被扶養者欄 | (フリガナ) 氏名 | ケンポ 健保 | | イチロウ 一郎 | 生年月日 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 | 日 | 性別 | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | |
| | (氏) | | | | 個人番号 | × × × × × × × × × × × × × × × × | | | | | | |
| | 続柄 (妻、長男 義母等) | 長男 | 職業 | 無職 | 今後の 収入 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 住所 | <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | 別居の場合 | 〒 | | |
| | 被扶養者 になった日 (増) | 令和 | 年 | 月 | 日 | 被扶養者から 除かれた日 (減) | 令和 | 年 | 月 | 日 | 理由 | 出生 |

学生の場合は学年をご記入
ください 例:「小学3年」

| | | | | | | | | | | | | |
|-------|----------------------|--------|----|-------|-----------|--|----|---|-------|-----------------------------------|--|-------------------|
| 被扶養者欄 | (フリガナ) 氏名 | ケンポ 健保 | | フネ フネ | 生年月日 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 | 日 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 | |
| | (氏) | | | | 個人番号 | × × × × × × × × × × × × × × × × | | | | | | |
| | 続柄 (妻、長男 義母等) | 母 | 職業 | パート | 今後の 収入 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 住所 | <input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 | 別居の場合 | 〒 × × × × × × × × × × × × × × × × | | |
| | 被扶養者 になった日 (増) | 令和 | 年 | 月 | 日 | 被扶養者から 除かれた日 (減) | 令和 | 年 | 月 | 日 | 理由 | 雇用形態変更に伴う 収入減少 |

別居の場合のみ住所をご記入ください

【 事業主記載欄 】 事業主の確認により本人押印・署名を省略した場合は、該当するものにチェックをしてください。

- 本人押印・署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。
- 本人押印・署名の省略にあたり、記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。
- 添付書類(被扶養者認定調査票)の本人押印・署名省略にあたり、記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。

| | | |
|------------|------|---|
| 事業所 所在地 | 〒 | - |
| 事業所 名称 | 事業主印 | |
| 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 |
| (印) |