

常務理事	事務長	担当者	

## 健康保険被扶養者（異動）届

被 保 険 者	記号・番号		事業所 名称		異動 の別	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	
	氏名	フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	住民票の 住所	〒			標準報酬 月額	千円	
	資格取得日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	「追加」のとき 被扶養者が 子のみの場合	配偶者 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→	配偶者の月収 万円	備考

※続柄は詳細に記入してください。【長男・義母など】

被 扶 養 者	氏名	フリガナ		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	続柄	
	個人番号（追加の場合のみ記入）				住の 民 票	〒			
					被保険者と <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（理由：単身赴任・通学・その他）				
	職業 （※より選択）		月収	万円	被扶養者になった日又は 被扶養者でなくなった日		理由		
※ 1.無職 2.学生 3.パート 4.その他				令和 年 月 日					

被 扶 養 者	氏名	フリガナ		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	続柄	
	個人番号（追加の場合のみ記入）				住の 民 票	〒			
					被保険者と <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（理由：単身赴任・通学・その他）				
	職業 （※より選択）		月収	万円	被扶養者になった日又は 被扶養者でなくなった日		理由		
※ 1.無職 2.学生 3.パート 4.その他				令和 年 月 日					

被 扶 養 者	氏名	フリガナ		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	続柄	
	個人番号（追加の場合のみ記入）				住の 民 票	〒			
					被保険者と <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（理由：単身赴任・通学・その他）				
	職業 （※より選択）		月収	万円	被扶養者になった日又は 被扶養者でなくなった日		理由		
※ 1.無職 2.学生 3.パート 4.その他				令和 年 月 日					

令和 年 月 日提出

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	この届出については、1.又は2.の要件を満たしたものであることを証明します。 1.申請者本人(被保険者)が作成したものである。 2.記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
----------------------------------	--

受付印