

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	〇〇〇〇株式会社		異動 の別	<input checked="" type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ××年××月××日 <input type="checkbox"/> 平成	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女		
	住民票の 住所	〒×××-×××× 大阪府大阪市〇〇区〇〇×-×-××			標準報酬 月額	380 千円		
	資格取得日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ××年××月××日 <input type="checkbox"/> 令和	「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 ケンポ ハナコ 健保 花子	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ××年××月××日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	続柄	妻
	個人番号（追加の場合のみ記入）				住の 住所	〒 同上		
	××××××××××××××				被保険者と <input checked="" 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）	1	月収	0	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	退職のため
※ 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 住所	〒					
	××××××××××××××				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 住所	〒					
	××××××××××××××				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	<p>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。</p> <p>1.申請者本人(被保険者)が作成したものである。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">事業所記入欄</p>
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

受付印