

健康保険被扶養者（異動）届

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

| | | | | | | | | |
|-------|-----------|----------|-------|----------------------|---|---|---|--------|
| 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 | 5.昭和 7.平成 | 年 | 月 | 日 | 備考 |
| | 氏名 (フリガナ) | (氏) | 取得年月日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | 年 | 月 | 日 | 収入(年収) |
| | 住所 | 〒 - | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|-------|-----------|--------------|--------|----------------------|------------------|-------------|--------------|------|---------|
| 被扶養者欄 | 氏名 (フリガナ) | (氏) | 生年月日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 1.男 2.女 |
| | 続柄 | 職業 | 収入(年収) | 住所 | 1.同居 2.別居 | 別居の場合 〒〒 - | | | |
| | 被扶養者になった日 | 7.平成 9.令和 | 年 | 月 | 日 | 被扶養者から除かれた日 | 7.平成 9.令和 | 理由 | |
| | 住民票住所 | 同上 | 都道府県 | 市区町村 | 当該届出書の提出年1月1日の住所 | 同上 | 都道府県 | 市区町村 | 備考 |
| | 被扶養者になった日 | 7.平成 9.令和 | 年 | 月 | 日 | 被扶養者から除かれた日 | 7.平成 9.令和 | 理由 | |

被扶養者欄の住所と同じ場合、同上にチェックを入れてください。なお、その場合は隣の住所の記入は不要です。(他の被扶養者欄においても同様)

| | | | | | | | | | |
|-------|-----------|--------------|--------|----------------------|------------------|-------------|--------------|------|---------|
| 被扶養者欄 | 氏名 (フリガナ) | (氏) | 生年月日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 1.男 2.女 |
| | 続柄 | 職業 | 収入(年収) | 住所 | 1.同居 2.別居 | 別居の場合 〒〒 - | | | |
| | 被扶養者になった日 | 7.平成 9.令和 | 年 | 月 | 日 | 被扶養者から除かれた日 | 7.平成 9.令和 | 理由 | |
| | 住民票住所 | 同上 | 都道府県 | 市区町村 | 当該届出書の提出年1月1日の住所 | 同上 | 都道府県 | 市区町村 | 備考 |
| | 被扶養者になった日 | 7.平成 9.令和 | 年 | 月 | 日 | 被扶養者から除かれた日 | 7.平成 9.令和 | 理由 | |

| | | | | | | | | | |
|-------|-----------|--------------|--------|----------------------|------------------|-------------|--------------|------|---------|
| 被扶養者欄 | 氏名 (フリガナ) | (氏) | 生年月日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 1.男 2.女 |
| | 続柄 | 職業 | 収入(年収) | 住所 | 1.同居 2.別居 | 別居の場合 〒〒 - | | | |
| | 被扶養者になった日 | 7.平成 9.令和 | 年 | 月 | 日 | 被扶養者から除かれた日 | 7.平成 9.令和 | 理由 | |
| | 住民票住所 | 同上 | 都道府県 | 市区町村 | 当該届出書の提出年1月1日の住所 | 同上 | 都道府県 | 市区町村 | 備考 |
| | 被扶養者になった日 | 7.平成 9.令和 | 年 | 月 | 日 | 被扶養者から除かれた日 | 7.平成 9.令和 | 理由 | |

令和 年 月 日 提出

受付年月日

| | |
|--------|-----|
| 事業所所在地 | 〒 - |
| 事業所名称 | |
| 事業主氏名 | Ⓜ |
| 電話番号 | () |

| | |
|--------------|---|
| 社会保険労務士の代行者印 | |
| | Ⓜ |