

健康保険 被扶養者（異動）届

*該当する箇所にチェックをいれてください。

- 入社に伴う申請
- 被扶養者申請
- 被扶養者削除

常務理事	事務長	係

受付印（認定日印）

年 月 日提出

提出者記入欄	事業所記号	
	事業主	
	所在地	
	事業主	
	名称	
	事業主	
氏名		
電話番号		

被保険者	証の番号		氏名	フリガナ 氏 名		生年月日	昭平令	年	月	日	性別	1. 男 2. 女
	取得年月日	昭平令	年	月	日	標準報酬月額		千円	配偶者の有無	1. 無 2. 有		

被扶養者	氏名	フリガナ 氏 名		生年月日	昭平令	年	月	日	性別	1. 男 2. 女	続柄	(例)長男	
	届の内容	1. 増加 2. 減少	増加の理由		扶養開始日 (健保記入)	令和	年	月	日	職業			
	個人番号									月平均収入額 (勤労収入) 円 (年金収入) 円	被保険者との世帯	1. 同居 2. 別居	
	住所 (別居の場合)	〒								仕送り状況	1. 有 2. 無	仕送り金額 (月) 円	別居理由
	扶養削除日	令和	年	月	日	減少の理由				備考			

被扶養者	氏名	フリガナ 氏 名		生年月日	昭平令	年	月	日	性別	1. 男 2. 女	続柄	(例)長男	
	届の内容	1. 増加 2. 減少	増加の理由		扶養開始日 (健保記入)	令和	年	月	日	職業			
	個人番号									月平均収入額 (勤労収入) 円 (年金収入) 円	被保険者との世帯	1. 同居 2. 別居	
	住所 (別居の場合)	〒								仕送り状況	1. 有 2. 無	仕送り金額 (月) 円	別居理由
	扶養削除日	令和	年	月	日	減少の理由				備考			

被扶養者	氏名	フリガナ 氏 名		生年月日	昭平令	年	月	日	性別	1. 男 2. 女	続柄	(例)長男	
	届の内容	1. 増加 2. 減少	増加の理由		扶養開始日 (健保記入)	令和	年	月	日	職業			
	個人番号									月平均収入額 (勤労収入) 円 (年金収入) 円	被保険者との世帯	1. 同居 2. 別居	
	住所 (別居の場合)	〒								仕送り状況	1. 有 2. 無	仕送り金額 (月) 円	別居理由
	扶養削除日	令和	年	月	日	減少の理由				備考			