

被保険者証の記号及び番号	
(記号)	(番号)

# 健康保険 被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	担当者	

被保険者	フリガナ			性別	男	昭和 年 月 日				資格取得の年月日	平成	年 月 日				この届が受理された後の被扶養者数	名
	氏名				女	生年月日	平成					令和					
	〒																
TEL																	

事業所記入欄	
標準報酬 月 額	千円

被扶養者	増加 減少の別	被扶養者の氏名		性別	生年月日				被保険者 との続柄	職業等		被保険者 との 居住状況	扶養しはじめた理由又は扶養なくなった理由とその年月日			
		フリガナ	氏名(姓)		(名)		収入の有無 (年金収入含む)			個人番号	出生・死亡・婚姻・離婚・就職・退職			被保険者の取得・その他( )		
増	減	男	昭和	年	月	日			同居	出生・死亡・婚姻・離婚・就職・退職		令和 年 月 日				
		女	平成					有・無	別居	被保険者の取得・その他( )		令和 年 月 日				
増	減	男	昭和	年	月	日			同居	出生・死亡・婚姻・離婚・就職・退職		令和 年 月 日				
		女	平成					有・無	別居	被保険者の取得・その他( )		令和 年 月 日				
増	減	男	昭和	年	月	日			同居	出生・死亡・婚姻・離婚・就職・退職		令和 年 月 日				
		女	平成					有・無	別居	被保険者の取得・その他( )		令和 年 月 日				
増	減	男	昭和	年	月	日			同居	出生・死亡・婚姻・離婚・就職・退職		令和 年 月 日				
		女	平成					有・無	別居	被保険者の取得・その他( )		令和 年 月 日				

健康組合記入欄 (認定又は削除年月日)	
認定・削除	年 月 日
令和	
認定・削除	年 月 日
令和	
認定・削除	年 月 日
令和	
認定・削除	年 月 日
令和	

事業主	確認事項	この届出については、①又は②の要件を満たしたものです。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人(被保険者)が確認している。
	所在地 名称 氏名 電話	〒 -  ( 局) 番

**留意事項**  
※扶養認定に基づく重要な書類ですので、正確に記入してください。  
※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、申請者本人(被保険者)の署名が必要となります。  
※扶養認定に必要な書類がありますので、必ず「健康保険被扶養者(異動)届に添付する書類一覧」を確認の上、該当する書類を添付してください。

受付年月日