

被保険者の記号及び番号	
(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	生年月日	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		平成					令和					
	住所	〒 -														
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 収入の有無 (年金収入含む)	被保険者 との 居住状況	扶養しはじめた理由又は扶養しなくなった理由とその年月日					
		フリガナ	氏名(姓) (名)						個人番号	資格確認書発行要否 (該当者で発行が必要な場合のみ)				
増				男	昭和	年	月	日		同居	出生・死亡・婚姻・離婚・就職・退職	年	月	日
											被保険者の取得・その他()	令和		
減				女	令和				有・無	別居	個人番号	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要	
											出生・死亡・婚姻・離婚・就職・退職	年	月	日
増				男	昭和	年	月	日		同居	出生・死亡・婚姻・離婚・就職・退職	年	月	日
											被保険者の取得・その他()	令和		
減				女	平成				有・無	別居	個人番号	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要	
											出生・死亡・婚姻・離婚・就職・退職	年	月	日
増				男	昭和	年	月	日		同居	出生・死亡・婚姻・離婚・就職・退職	年	月	日
											被保険者の取得・その他()	令和		
減				女	令和				有・無	別居	個人番号	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要	
											出生・死亡・婚姻・離婚・就職・退職	年	月	日
増				男	昭和	年	月	日		同居	出生・死亡・婚姻・離婚・就職・退職	年	月	日
											被保険者の取得・その他()	令和		
減				女	平成				有・無	別居	個人番号	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要	
											出生・死亡・婚姻・離婚・就職・退職	年	月	日

健保組合記入欄 (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。
※「資格確認書発行要否欄」は該当となる方が資格確認書の発行を希望される場合のみ、
 発行が必要に✓をしてください。

受付年月日
