

被扶養者

健康保険 被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	室長	

令和 年 月 日提出

受付印

事業主記入欄	健康保険 被保険者証記号	
	事業所所在地	〒 _____ ー _____
	事業所名称	
	事業主氏名 電話番号	(_____) _____

認定年月日

社会保険労務士記載欄 | 氏名等

_____ (印)

被保険者	① 被保険者番号		② 氏名	フリガナ 氏 _____ 名 _____	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	④ 性別	1.男 2.女	1.男 2.女
	⑤ 取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	⑥ 住所	〒 _____ 電話番号 (_____)					

被扶養者	① 氏名	フリガナ 氏 _____ 名 _____	② 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	③ 性別	1.男 2.女	④ 続柄		
	⑤ 個人番号	_____										
	⑥ 住民票住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒 _____									
	⑦ 被扶養者になった日	7.平成 9.令和	年	月	日	⑧ 理由	1.被保険者の就職 3.出生 4.離職 6.その他 ()	2.婚姻 5.収入減少	⑨ 職業	1.無職 2.パート 4.小・中学生以下 6.その他 ()	3.年金受給者 5.高・大学生	⑩ 年収
⑪ 被扶養者でなくなった日	7.平成 9.令和	年	月	日	⑫ 理由	1.死亡 (平・令 年 月 日) 2.離婚 3.収入増加 5. 75歳到達 6.その他 ()	4.就職	⑬ 備考		⑭ 資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要	

被扶養者	① 氏名	フリガナ 氏 _____ 名 _____	② 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	③ 性別	1.男 2.女	④ 続柄		
	⑤ 個人番号	_____										
	⑥ 住民票住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒 _____									
	⑦ 被扶養者になった日	7.平成 9.令和	年	月	日	⑧ 理由	1.被保険者の就職 3.出生 4.離職 6.その他 ()	2.婚姻 5.収入減少	⑨ 職業	1.無職 2.パート 4.小・中学生以下 6.その他 ()	3.年金受給者 5.高・大学生	⑩ 年収
⑪ 被扶養者でなくなった日	7.平成 9.令和	年	月	日	⑫ 理由	1.死亡 (平・令 年 月 日) 2.離婚 3.収入増加 5. 75歳到達 6.その他 ()	4.就職	⑬ 備考		⑭ 資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要	

被扶養者	① 氏名	フリガナ 氏 _____ 名 _____	② 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	③ 性別	1.男 2.女	④ 続柄		
	⑤ 個人番号	_____										
	⑥ 住民票住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒 _____									
	⑦ 被扶養者になった日	7.平成 9.令和	年	月	日	⑧ 理由	1.被保険者の就職 3.出生 4.離職 6.その他 ()	2.婚姻 5.収入減少	⑨ 職業	1.無職 2.パート 4.小・中学生以下 6.その他 ()	3.年金受給者 5.高・大学生	⑩ 年収
⑪ 被扶養者でなくなった日	7.平成 9.令和	年	月	日	⑫ 理由	1.死亡 (平・令 年 月 日) 2.離婚 3.収入増加 5. 75歳到達 6.その他 ()	4.就職	⑬ 備考		⑭ 資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要	

被扶養者	① 氏名	フリガナ 氏 _____ 名 _____	② 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	③ 性別	1.男 2.女	④ 続柄		
	⑤ 個人番号	_____										
	⑥ 住民票住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒 _____									
	⑦ 被扶養者になった日	7.平成 9.令和	年	月	日	⑧ 理由	1.被保険者の就職 3.出生 4.離職 6.その他 ()	2.婚姻 5.収入減少	⑨ 職業	1.無職 2.パート 4.小・中学生以下 6.その他 ()	3.年金受給者 5.高・大学生	⑩ 年収
⑪ 被扶養者でなくなった日	7.平成 9.令和	年	月	日	⑫ 理由	1.死亡 (平・令 年 月 日) 2.離婚 3.収入増加 5. 75歳到達 6.その他 ()	4.就職	⑬ 備考		⑭ 資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要	