

提出先：各会社の社会保険担当者
正・副 2 ページを提出して下さい。

社内郵便番号 ×××-×××	電話番号 ××-××××-×××× ※ 仮ネット ×××-××××
-------------------	---

健康保険被扶養者(異動)届

太枠内を記入して下さい。

マイナンバーについて 扶養削除の場合はマイナンバーの記載は不要。出生等にてマイナンバーが付与されていない場合はあらためて届出ていただきます。

提出月日 平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日

(4) (3) (2) (1)

この届書は、被扶養者に異動(増減)を生じたとき、5日以内に健保組合へ提出して下さい。
なお、被扶養者(減)の場合はその方の被保険者証を添付して下さい。
添付書類は健保ホームページの「提出書類一覧表」を参照してください。
被扶養者(減)の届出の場合⑰、⑱、⑳の記入は不要です。

この欄は、届出をする被保険者本人について記入して下さい。

① 被保険者証の 記号 × × × × × × × × × ×	番号 × × × × × × × × × ×	② 性別 男・女	③ 氏名 (フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	印 ○	④ 生年月日 昭和 ×× 年 ×× 月 ×× 日 平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日
⑤ 現住所 〒 ×××-×××× 東京都 ×× 区 ×× 町 ××-××-××	⑥ 資格取得 昭和 ×× 年 ×× 月 ×× 日 平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日				
⑦ 事業所の名称 ××××株式会社	⑧ 夫婦共働きで、子を扶養者とする場合の夫婦の年間収入 (給与のみの場合は直近年度の源泉徴収票の総支払額) 夫： 600万 円 妻： 0 円			⑨ 事業者の所在地 ××県 ××市 ××町 ××-××-××	
⑩ この届が受理された後被扶養者数 2 名			⑪ この届が受理される前の被扶養者数 0 名		

この欄は、増減する被扶養者のみについて記入して下さい。

⑫ 増加 又は減少の別	⑬ (フリガナ) 氏名 生年月日	⑭ 性別	⑮ 被保険者との続柄	⑯ 職業	⑰ 月平均収入額	⑱ 被保険者と同居・別居	⑲ 扶養されるようになった日	⑳ 扶養されなくなった日 <small>死亡の場合は死亡日の翌日</small>	㉑ 削除理由	㉒ 喪失証明書	㉓ 認定年月日	㉔ 削除年月日	㉕ 備考	㉖ 証添付
増	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子 昭・平 ×× 年 ×× 月 ×× 日生	男・女	妻	なし	0 円	同居・別居	平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日	平成 年 月 日	就職死亡 後期高齢者 その他	要・否	年 月 日	年 月 日		
増	(フリガナ) ケンポ ハルコ 健保 春子 昭・平 ×× 年 ×× 月 ×× 日生	男・女	二女	学生	50,000 円	同居・別居	平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日	平成 年 月 日	就職死亡 後期高齢者 その他	要・否	年 月 日	年 月 日		
増	(フリガナ) 昭・平 年 月 日生	男・女			円	同居・別居	平成 年 月 日	平成 年 月 日	就職死亡 後期高齢者 その他	要・否	年 月 日	年 月 日		
増	(フリガナ) 昭・平 年 月 日生	男・女			円	同居・別居	平成 年 月 日	平成 年 月 日	就職死亡 後期高齢者 その他	要・否	年 月 日	年 月 日		

事業所所在地 〒

事業所名称

事業主氏名

電話

理事長	常務理事	G L	担当者

決裁日付印 受付日付印