

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 ××-××××-×××× ※1社1 ×××-××××
-------------------	---------------------------------------

健康保険被扶養者(異動)届

提出月日 平成××年××月××日

太枠内を記入して下さい。

(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
ください。なお、被扶養者(増)の場合、健康保険ホームページの「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、健康保険ホームページの「提出書類一覧表」を参照してください。

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 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	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 年月日 昭和××年××月××日 平成××年××月××日	⑦ 事業所の名称 ××××株式会社	⑧ 事業者の 所在地 ××県××市××町××-××-××	⑨ 夫婦共収入があり、子を扶養者とする場合の夫婦の年間収入 夫： (給与のみの場合は直近年度の源泉徴収票の総支払額) 妻： ⑩ この届が受理 された後 被扶養者数 0 名 ⑪ この届が受理 される前の 被扶養者数 1 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。										24 認定年月日	26 備考	27 証添付	
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 円	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 (死亡の場合は死亡日の翌日)	㉑ 削除 理由	㉒ 喪失 証明書	25 削除年月日		
増/減	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子 天・昭 ××年××月××日生	男・女 <input checked="" type="radio"/>	妻		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 <input checked="" type="radio"/>	年 月 日		
増/減	(フリガナ)	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		
増/減	(フリガナ)	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		
増/減	(フリガナ)	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		

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話	

常務理事	事務長	G L	担当者

決済日付印 受付日付印