

正

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。

高齢受給者証が交付されている方は保険証と合わせて添付してください。

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 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 ××年××月××日

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 被保険者等	記号 × × × × × × × × × ×	番号 × × × × × × × × × ×	枝番 - 0 0	② 氏名 健保 太郎	③ 生年月日 昭・平 ××年××月××日生
④ 住民票住所	〒 ×××-×××× 東京都××区××町××-××-××				⑤ 資格取得年月日 昭・平 ××年××月××日 令 ××年××月××日
⑥ 事業所の名称	××××××				⑦ 被保険者及び配偶者の年間収入 (配偶者がいない場合は「配偶者なし」と記入ください) 被保険者： 円 配偶者： 円

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。

⑧ 増加又は減少の別	⑨ (フリガナ) 氏名 生年月日	⑩ 性別	⑪ 被保険者との戸籍上の続柄	⑫ 職業	⑬ 月平均収入額 円	⑭ 被保険者との同居・別居	⑮ 扶養されるようになった日 令和 年 月 日	⑯ 資格確認書発行要否 ☐ 発行が必要	⑰ 扶養されなくなった日 死亡の場合は死亡日の翌日 令和 ×年×月××日	⑱ 削除理由	⑲ 喪失証明書発行要否 ☐ 発行が必要	健保組合使用欄 認定年月日 削除年月日	備考
増 減	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子 昭・平・令 ××年××月××日生	男・女 妻			円	同居・別居	令和 年 月 日	☐ 発行が必要	令和 ×年×月××日		☐ 発行が必要	月 日 月 日	
増 減	(フリガナ)	男・女			円	同居・別居	令和 年 月 日	発行			☐ 発行が必要	年 月 日	
増 減	(フリガナ)	男・女			円	同居・別居	令和 年 月 日	☐ 発行が必要	令和 年 月 日		☐ 発行が必要	年 月 日	
増 減	(フリガナ)	男・女			円	同居・別居	令和 年 月 日	☐ 発行が必要	令和 年 月 日		☐ 発行が必要	年 月 日	

就職→入社日
死亡→死亡日の翌日
後期高齢者→75歳の誕生日
雇用保険受給→受給開始日
国外居住→住民票の転出日

就職、別居など
削除理由を記入

事業主記入欄	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

決裁日付印

受付日付印