

健康保険 被扶養者(異動)届

(記入例)

年	月	日
常務理事	事務長	担当者

被保険者欄	被保険者証記号	1000	被保険者証番号	12345	資格取得年月日	昭和 平成 令和	1	0	0	4	0	1	備考	
	氏名	(フリガナ)	ケンボ	タロウ	生年月日	昭和 平成 令和	5	0	0	5	2	5	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
		(氏)	健保	太郎	現住所	〒164 - 0001 東京都 中野区 中野 4-10-2								

**被扶養者(増)の場合**

被扶養者欄	氏名	健保 花子	生年月日	昭和 平成 令和	5	5	0	6	2	7	性別	<input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女	
	続柄	妻	職業	無職	年金受給者	高・大学生(年生)	収入(年収見込)	有	有の場合は金額を記入				
		職業	パート	小・中学生以下	その他( )	収入(年収見込)	無						

増	被扶養者になった日	令和	0	2	0	3	1	0	理由	・被保険者資格取得 ・婚姻 ・離職 ・出生 ・収入減 ・失業給付受給終了 ・その他( )	※事業所記入欄【新規加入者のみご記入ください】 個人番号 ※健保記入欄 認定日 令和 年 月 日
---	-----------	----	---	---	---	---	---	---	----	--	---

減	被扶養者でなくなった日	令和							理由	・就職 ・検認 ・失業給付受給開始 ・75歳到達 ・離婚 ・収入増 ・障害 ・死亡(令和 年 月 日) ・その他( )	※被扶養者(減)届出の場合には必ず「保険証」を添付してください。 ※健保記入欄 削除日 令和 年 月 日
---	-------------	----	--	--	--	--	--	--	----	---	--

**被扶養者(減)の場合**

被扶養者欄	氏名	健保 一郎	生年月日	昭和 平成 令和	0	3	0	9	0	6	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	
	続柄	長男	職業	無職	年金受給者	高・大学生(年生)	収入(年収見込)	有	有の場合は金額を記入				
		職業	パート	小・中学生以下	その他(会社員)	収入(年収見込)	無	300万					

増	被扶養者になった日	令和							理由	・被保険者資格取得 ・婚姻 ・離職 ・出生 ・収入減 ・失業給付受給終了 ・その他( )	※事業所記入欄【新規加入者のみご記入ください】 個人番号 ※健保記入欄 認定日 令和 年 月 日
---	-----------	----	--	--	--	--	--	--	----	--	---

減	被扶養者でなくなった日	令和	0	2	0	4	0	1	理由	・就職 ・検認 ・失業給付受給開始 ・75歳到達 ・離婚 ・収入増 ・障害 ・死亡(令和 年 月 日) ・その他( )	※被扶養者(減)の場合には必ず「保険証」を添付してください。 ※健保記入欄 削除日 令和 年 月 日
---	-------------	----	---	---	---	---	---	---	----	---	--

被扶養者欄	氏名		生年月日	昭和 平成 令和							性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	
	続柄		職業	無職	年金受給者	高・大学生(年生)	収入(年収見込)	有	有の場合は金額を記入				
		職業	パート	小・中学生以下	その他( )	収入(年収見込)	無						

増	被扶養者になった日	令和							理由	・被保険者資格取得 ・婚姻 ・離職 ・出生 ・収入減 ・失業給付受給終了 ・その他( )	※事業所記入欄【新規加入者のみご記入ください】 個人番号 ※健保記入欄 認定日 令和 年 月 日
---	-----------	----	--	--	--	--	--	--	----	--	---

減	被扶養者でなくなった日	令和							理由	・就職 ・検認 ・失業給付受給開始 ・75歳到達 ・離婚 ・収入増 ・障害 ・死亡(令和 年 月 日) ・その他( )	※被扶養者(減)届出の場合には必ず「保険証」を添付してください。 ※健保記入欄 削除日 令和 年 月 日
---	-------------	----	--	--	--	--	--	--	----	---	--

令和 年 月 日 提出

訂正した箇所には訂正印を押印してください。

受付年月日

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

社会保険労務士の代行者印
--------------