

健康保険 被扶養者（異動）届

◎太枠内のみご記入ください。

提出日	令和 年 月 日														
被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏 名	フリガナ			生年月日			性別	所属 事業所 及び 部署名	()	資格取得年月日		
					昭和	年	月	日	男 女	平成			年	月	日
社員番号															
被保険者 住 所	〒								電話				配偶者	有 ・ 無	標準報酬月額
															千円

*この欄は申請する被扶養者について記入してください。

異動の 種類	被 扶 養 者 の 氏 名		生 年 月 日			性別	続柄	職業 または 学年	年間 予定収入 (税込額)	世帯	扶養をし始めた日または 扶養をしなくなった日				異動理由 ※その他は備考欄に 理由を記入	備 考	扶養認定日 または削除日				
増加 ・ 減少	フリガナ		昭和	年	月	日	男		円	同居	平成 ・ 令和	年	月	日	1. 被保険者入社 2. 出生 3. 退職 4. 結婚	5. 就職 6. その他		平成 ・ 令和	年	月	日
	(氏) (名)																				
個人番号			令和				女			別居											
増加 ・ 減少	フリガナ		昭和	年	月	日	男		円	同居	平成 ・ 令和	年	月	日	1. 被保険者入社 2. 出生 3. 退職 4. 結婚	5. 就職 6. その他		平成 ・ 令和	年	月	日
	(氏) (名)																				
個人番号			令和				女			別居											
増加 ・ 減少	フリガナ		昭和	年	月	日	男		円	同居	平成 ・ 令和	年	月	日	1. 被保険者入社 2. 出生 3. 退職 4. 結婚	5. 就職 6. その他		平成 ・ 令和	年	月	日
	(氏) (名)																				
個人番号			令和				女			別居											
増加 ・ 減少	フリガナ		昭和	年	月	日	男		円	同居	平成 ・ 令和	年	月	日	1. 被保険者入社 2. 出生 3. 退職 4. 結婚	5. 就職 6. その他		平成 ・ 令和	年	月	日
	(氏) (名)																				
個人番号			令和				女			別居											

事業主の証明	令和 年 月 日
	事 務 所 所 在 地
	事 務 所 名 称
	事 業 主 氏 名
	電 話 番 号
☐ この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。	

提 出 先	各拠点人事部門経由で健康保険組合にご提出ください。
提出期限	異動を生じた日から5日以内
<被扶養者減少の場合> 対象者の有効な資格確認書をお持ちの方は添付してください。	

受付日付印