

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 6 年 12 月 1 日														
被保険者等 記号・番号	記号	番号		フリガナ ケンポ タロウ	生年月日			性別 男 女	所属 事業所 及び 部署名	該当する部署及び店舗を ご記入下さい	資格取得年月日				
	○	○○○○			昭和	年	月				日	平成・令和	年	月	日
社員番号	○○○○			健保 太郎	平成	5	0	0	6	3	0	00 (000) 0000	標準報酬月額		
被保険者 住 所	〒000-0000 東京都○○区○○町1-1-1					電話		000-0000-0000			配偶者		有・無		
												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 (氏)	ハナコ	昭和	年	月	日	男	妻	無職	円	同居	平成・令和	年	月	日	1.被保険者入社 5.就職 2.出生 6.その他 3.退職 4.結婚		平成・令和	年	月	日
個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	花子	平成	5	2	0	4														
増加 減少	フリガナ (氏)	ジロウ	昭和	年	月	日	男	長男	小学 1年生	円	同居	平成・令和	年	月	日	1.被保険者入社 5.就職 2.出生 6.その他 3.退職 4.結婚		平成・令和	年	月	日
個人番号	3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4	次郎	平成	2	7	0	8														
増加 減少	フリガナ (氏)		昭和	年	月	日	男			円	同居	平成・令和	年	月	日	1.被保険者入社 5.就職 2.出生 6.その他 3.退職 4.結婚		平成・令和	年	月	日
個人番号							女				別居										
増加 減少	フリガナ (氏)		昭和	年	月	日	男			円	同居	平成・令和	年	月	日	1.被保険者入社 5.就職 2.出生 6.その他 3.退職 4.結婚		平成・令和	年	月	日
個人番号							女				別居										

個人番号(マイナンバー)は必ず
記入してください。

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
事業主の証明欄	
☐ 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