



		課長	係長	係員

事業所所在地 〒 -

事業所名称

事業主氏名

様

健康保険被扶養者（異動）届

⑰原則、身分関係・生計維持に関する証明には公的証明書の添付が必要ですが、事業主が自らの保有する情報に基づき確認をした場合には添付書類が省略できます。（※裏面参照）各被扶養申請者について、添付書類が省略できることを確認した場合は、下記を○で囲み、事業主印を押印してください。

被扶養者1	被扶養者2	被扶養者3	被扶養者4
○確認	○確認	○確認	○確認

事業所名称

事業主氏名

(印)

① 被保険者証の記号番号		② 標準報酬月額		千円		③ 被保険者の氏名および生年月日		④ 資格取得の年月日		昭和 平成 令和 年 月 日		⑤ 被保険者の住所		〒 -	
⑥ 被扶養者	⑦ 増減別	⑧ フリガナ		⑨ 性別	⑩ 被扶養者の生年月日	⑪ 続柄 (長男・長女など)	⑫ 被扶養者の職業 (在学校名及び学年)	⑬ 被保険者との同居・別居の年月日		⑭ 被扶養者の住所	⑮ 扶養し始めた日または扶養しなくなった日	⑯ 扶養し始めた理由または扶養しなくなった理由	健保確認印		
		被扶養者の氏名						年 月 日						同居 別居	
1	増減			男	昭平令			同居 別居		〒 -					
				女	昭平令			年 月 日							
								マイナンバー (個人番号)							
2	増減			男	昭平令			同居 別居		〒 -					
				女	昭平令			年 月 日							
								マイナンバー (個人番号)							
3	増減			男	昭平令			同居 別居		〒 -					
				女	昭平令			年 月 日							
								マイナンバー (個人番号)							
4	増減			男	昭平令			同居 別居		〒 -					
				女	昭平令			年 月 日							
								マイナンバー (個人番号)							

令和 年 月 日 提出

◎⑮の欄に必ず理由を記入してください。

扶養し始めた場合 {出生、退職、結婚、収入の減 等} 扶養しなくなった場合 {就職 (第2号被保険者の取得)、離婚、収入の増、死亡 等}

◎家族を扶養から削除する場合は、マイナンバー (個人番号) の記入は必要ありません。

◎裏面の「注意事項」をよくお読みのうえ、必要書類を添えてご提出ください。



健康保険被扶養者（異動）届

事業所所在地 〒 -

事業所名称

事業主氏名

様

① 被保険者証の記号番号				② 標準報酬月額		千円							
③ 被保険者の氏名 および生年月日		昭・平・令 年 月 日		④ 資格取得の年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	⑤ 被保険者の住所		〒 -					
⑥ 被扶養者	⑦ 増減別	⑧ フリガナ 被扶養者の氏名		⑨ 性別 男 女	⑩ 被扶養者の生年月日 年 月 日	⑪ 続柄 (長男・長女など)	⑫ 被扶養者の職業 (在学名及び学年)	⑬ 被保険者との同居・別居の年月日		⑭ 被扶養者の住所 〒 -	⑮ 扶養し始めた日 または 扶養しなくなった日 年 月 日	⑯ 扶養し始めた理由 または 扶養しなくなった理由	健保 確認印
1	増減			男 女	昭 平 令	年 月 日		同居 別居 年 月 日		〒 -	年 月 日		
2	増減			男 女	昭 平 令	年 月 日		同居 別居 年 月 日		〒 -	年 月 日		
3	増減			男 女	昭 平 令	年 月 日		同居 別居 年 月 日		〒 -	年 月 日		
4	増減			男 女	昭 平 令	年 月 日		同居 別居 年 月 日		〒 -	年 月 日		

令和 年 月 日 提出

◎⑩の欄に必ず理由を記入してください。

扶養し始めた場合 {出生、退職、結婚、収入の減 等} 扶養しなくなった場合 {就職 (第2号被保険者の取得)、離婚、収入の増、死亡 等}

◎家族を扶養から削除する場合は、マイナンバー (個人番号) の記入は必要ありません。

◎裏面の「注意事項」をよくお読みのうえ、必要書類を添えてご提出ください。