

健康保険被扶養者（異動）届

決		裁	
常務理事	事務長	課長	担当者

令和 年 月 日提出

被 保 険 者	被保険者証の 記号と番号	第 号	氏名 と印	印	生 年 月 日	昭・平 令	年 月 日	性 別	男 女		
	住 所	〒				資 格 取 得 日	昭 平 令	年 月 日			
	この届出を出す際の 標準報酬月額	千円		この届出を出す際の 総合取得月額	円	※ 資 格 喪 失 日	昭 平 令	年 月 日			
被 扶 養 者	氏 名	性別	生 年 月 日	続 柄	職 業	年 間 収 入 見 込	年 金 受 給 の 有 無 有 の 場 合 は 年 金 額 を 記 入 し て く だ さ い	同 居 ・ 別 居 の 別	開 始 ・ 終 了 の 別	扶 養 開 始 又 は 終 了 の 年 月 日	扶 養 開 始 又 は 終 了 の 理 由
	(フリガナ)	男・女	昭 平 令 年 月 日			円	有・無 (円)	同・別	始・終	令和 年 月 日	
	(フリガナ)	男・女	昭 平 令 年 月 日			円	有・無 (円)	同・別	始・終	令和 年 月 日	
	(フリガナ)	男・女	昭 平 令 年 月 日			円	有・無 (円)	同・別	始・終	令和 年 月 日	
	(フリガナ)	男・女	昭 平 令 年 月 日			円	有・無 (円)	同・別	始・終	令和 年 月 日	

事業所所在地	〒 ー
事業所名称	
事業主氏名	(印)
電 話	(局) 番

(受付日付印)

令和 年 月 日
健康保険組合理事長

- (注 意 事 項)
1. ※印欄は記入しないで下さい。
 2. この届書を提出するときは健康保険被保険者証を添付して下さい。(資格取得時を除く)
 3. 職業欄には文字にこだわらず小学六年、中学二年、高校三年、大学一年、ミシン内職、新聞配達、利子収入等具体的に記入して下さい。
 4. 続柄欄には妻、内縁の妻、実父、妻の実父、長男、養母、妻の姉、弟等詳しく記入して下さい。
 6. 理由欄には扶養になった或いはならなくなった理由として、結婚、出生、失業、家事手伝、不具廃疾、死亡、養子縁組等事実を具体的に記入して下さい。