

# 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

令和〇〇年〇〇月〇〇日提出

被 保 険 者	被保険者証の 記号と番号	第 〇〇〇〇-〇〇〇 号	氏名と印	健康 太郎	印	生年月日	昭平 〇〇年 〇〇月 〇〇日	性別	男		
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇				資格取得日	昭平 〇〇年 〇〇月 〇〇日	(入社年月日等)			
	この届出を出す際の 標準報酬月額	〇〇〇 不明な場合「ア」 →事業主記入	千円	この届出を出す際の 総合取得月額	記入無しOK	円	※資格喪失日	昭平 年 月 日	(*記入しないでください)		
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	扶養開始または 終了の年月日	扶養開始または 終了の理由
	(フリガナ) ケンコウ ハナコ	男 女	昭平 〇〇 〇〇 〇〇	妻	無職	0	有・無 ( 円)	同・別	始・終	令和 〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇年〇〇月〇〇日 退職
	(フリガナ)	男・女	昭平 年 月 日			円	有・無 ( 円)	同・別	始・終	令和 年 月 日	
	(フリガナ)	男・女	昭平 年 月 日			円	有・無 ( 円)	同・別	始・終	令和 年 月 日	
	(フリガナ)	男・女	昭平 年 月 日			円	有・無 ( 円)	同・別	始・終	令和 年 月 日	

事業所所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇
事業所名称	東京都〇〇区〇〇町〇-〇
事業主氏名	〇〇〇〇〇株式会社 総務部長〇〇〇〇〇 (印)
電話	〇〇 ( 〇〇〇〇 局) 〇〇 番

令和 年 月 日  
健康保険組合理事長

受付日付印

- (注 意 事 項)
- ※印欄は記入しないで下さい。
  - 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)
  - 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。
  - 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。
  - 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。