

健康保険 被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	担当者

※下記区分を必ず選択してください。

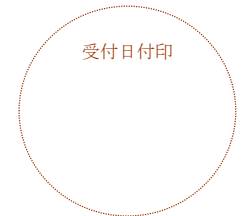
届出区分:	1. 異動	[入社・追加・削除・転籍]
	2. 訂正等	[氏名変更・訂正等]
	3. その他	[]

被 保 険 者	記号	番号	氏名	生年月日	年	月	日	性別	提出
	住民票住所	〒	-	資格取得年月日	年	月	日	標準報酬月額	

氏名		性別	生年月日	続柄 (詳しく)	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)	同居・別居 の区分	開始・終了 の別	開始または終了の事由 【()内はその年月日】	※健保使用欄※ 【認定・削除年月日】
1	(フリガナ)		年 月 日			円 ()	有・無	同居・別居 (別居先要記入)	開始・終了	(年 月 日)	年 月 日
	年齢	住民票住所 (別居先)	郵便番号	-	個人番号		備考				
2	(フリガナ)		年 月 日			円 ()	有・無	同居・別居 (別居先要記入)	開始・終了	(年 月 日)	年 月 日
	年齢	住民票住所 (別居先)	郵便番号	-	個人番号		備考				
3	(フリガナ)		年 月 日			円 ()	有・無	同居・別居 (別居先要記入)	開始・終了	(年 月 日)	年 月 日
	年齢	住民票住所 (別居先)	郵便番号	-	個人番号		備考				
4	(フリガナ)		年 月 日			円 ()	有・無	同居・別居 (別居先要記入)	開始・終了	(年 月 日)	年 月 日
	年齢	住民票住所 (別居先)	郵便番号	-	個人番号		備考				

事業所所在地	〒	-
事業所名称		
事業主氏名		
電 話	()	

社会保険労務士の提出代行者



- 注意
事項
- この届出書(削除)を提出するときは必要書類と健康保険被保険者証を添付して下さい。
 - 職業欄は、具体的に「会社員」「パート」「農業」「自家営業」「無職」「小学校6年」等と記入して下さい。
 - 続柄欄には妻、内縁の妻、実父、妻の実父、長男、孫、養母、妻の姉、弟等詳しく記入して下さい。
 - 事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、死亡、養子縁組等事実を具体的に記入して下さい。(年月日は就職→入社日、死亡→死亡日を記入)
 - その他申告する内容等がある場合は、備考欄に記入して下さい。