

【事業主確認欄】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。

常務理事	事務長		担当

健康保険 被扶養者(異動)届

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 提出

被保険者等 記号・番号 (右づめで記入)										*記号番号が分からない場合は個人番号を記入してください									
記号	〇	〇	〇	-	番号	〇	〇	〇	〇	〇									
被保険者氏名						資格取得年月日						生年月日						性別	
三菱 太郎						平成・令和 △△ 年 △△ 月 △△ 日						昭和・平成・令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日						男 女	
住所		〒 000 - 0000 〇〇県〇〇市〇〇町1丁目1番1号																	
住民票住所		同上	〒 -																
電話番号		自宅: 000 - 0000 - 0000 携帯: 000 - 0000 - 0000																	
異動の別		標準報酬月額				備考													
追加 (削除(変更))		千円																	

(フリガナ)	ミツビシ イチロウ				(健保使用)	生年月日				性別	続柄	
氏名	三菱 一郎					昭和・平成・令和 △△ 年 △△ 月 △△ 日				男 女	長男	
個人番号	(削除の場合は記載不要)											
住所	〒 - (同居の場合は記載不要)										被保険者と 同居 ☒ 別居 ☐	
住民票住所	同上	〒 -										
職業	△△△				月平均収入額				円			
被扶養者になった日	令和 年 月 日				被扶養者になった理由 又は 除かれた理由							
被扶養者から除かれた日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日				就職							
資格確認書発行要否	☐ 発行が必要 (事業所担当者記載欄)											
(フリガナ)					(健保使用)	生年月日				性別	続柄	
氏名						昭和・平成・令和 年 月 日				男 女		
個人番号												
住所	〒 -										被保険者と 同居 ☐ 別居 ☐	
住民票住所	同上	〒 -										
職業					月平均収入額				円			
被扶養者になった日	令和 年 月 日				被扶養者になった理由 又は 除かれた理由							
被扶養者から除かれた日	令和 年 月 日											
資格確認書発行要否	☐ 発行が必要 (事業所担当者記載欄)											

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電 話

受付日付印