健康保険被扶養者届（異動届）

提出経路：被保険者⇒人事担当⇒健保組合

被保険者証の	
記号	番号

1.被保険者について

氏名	性別	生年月日	事業所名	
フリガナ 印 社員番号（　　）	男・女	昭・平 年　月　日	所属部署	
			勤務先電話	（　）　/内線　－
資格取得年月日：昭・平　年　月　日			資格喪失年月日：昭・平　年　月　日	

2.被扶養者となる者について

氏名	性別	生年月日	続柄	職業	同居別居	被扶養者となった年月日	理由
フリガナ 個人番号	男・女	昭・平 年　月　日			同・別	昭・平 年　月　日	
フリガナ 個人番号	男・女	昭・平 年　月　日			同・別	昭・平 年　月　日	
フリガナ 個人番号	男・女	昭・平 年　月　日			同・別	昭・平 年　月　日	
フリガナ 個人番号	男・女	昭・平 年　月　日			同・別	昭・平 年　月　日	

3.被扶養者から除く者について

氏名	性別	生年月日	続柄	扶養しなくなった(る)日	理由
フリガナ	男・女	昭・平 年　月　日		昭・平 年　月　日	
フリガナ	男・女	昭・平 年　月　日		昭・平 年　月　日	

※「続柄」欄は、「妻」、「長男」、「実父」、「義母」等詳しく記入してください。
※「理由」欄は、新規取得と同時に被扶養者となる場合は「保険加入」、その他の場合は「出生」、「婚姻」等記入してください。
※被扶養者を追加する場合は、「生計状況書」、「各種証明書（「健康保険の扶養家族になれる人」を参照）」を添付ねがいます。
※被扶養者を削除する場合は、削除する方の「健康保険者被保険者証」を添付ねがいます。

受付日付印

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	印
電話	（　）　番

＜健保使用欄＞

常務理事	事務長	担当者

【適3】290201