

健康保険被扶養者届(異動届)

資格情報のお知らせ等から転記

記入例

提出経路：被保険者⇒人事部⇒健保組合

記号・番号	
記号	番号
×	×××××

1.被保険者について

人事部経由で提出してください。

氏名	性別	生年月日	事業所名	××
フリガナ ケンコウ タモツ 健康保	男・女	昭和・平成・令和 XX年XX月XX日	所属部署	××
社員番号 (××××)			勤務先電話	XX(XXXX)XXXX /内線 XXX-XXXX
資格取得年月日	昭和・平成・令和	××年××月××日	資格喪失年月日	昭和・平成・令和 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	被扶養者とする理由
フリガナ	男・女	昭和・平成・令和			同・別	令和	1.出生 4.収入減 2.婚姻 5.離職 3.入社 6.その他
個人番号							資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 必要 理由()
フリガナ	男・女	昭和・平成・令和			同・別	令和	1.出生 4.収入減 2.婚姻 5.離職 3.入社 6.その他
個人番号							資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 必要 理由()
フリガナ	男・女	昭和・平成・令和			同・別	令和	1.出生 4.収入減 2.婚姻 5.離職 3.入社 6.その他
個人番号							資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 必要 理由()
フリガナ	男・女	昭和・平成・令和			同・別	令和	1.出生 4.収入減 2.婚姻 5.離職 3.入社 6.その他
個人番号							資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 必要 理由()

3.被扶養者から除く者について

氏名	性別	生年月日	続柄	被扶養者でなくなった日	理由
フリガナ ケンコウ タモツ 健康保	男・女	昭和・平成・令和 ××××××	長男	令和 ×年×月×日	1.就職 4.失業給付 2.離婚 受給 3.収入増 5.その他
フリガナ					失業給付 受給 その他

削除する方が「保険証」または「資格確認書」をお持ちの場合は添付してください。
(滅失した場合は、滅失届もあわせて提出してください)

※資格確認書の発行が必要な場合は、資格確認書発行要否欄にチェックしてください。

なお、以下に該当する場合に限りです。

- ア)マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
- イ)マイナンバーカードを所有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、
利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
- ウ)マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

受付日付印

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話	() 番

＜健保使用欄＞		
常務理事	事務長	担当者