

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

2.被扶養者となる者について

氏名	フリガナ	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
		男・女	昭・平・令 年 月 日			同・別	昭・平・令 年 月 日	
個人番号								
		男・女	昭・平・令 年 月 日			同・別	昭・平・令 年 月 日	
個人番号								
		男・女	昭・平・令 年 月 日			同・別	昭・平・令 年 月 日	
個人番号								
		男・女	昭・平・令 年 月 日			同・別	昭・平・令 年 月 日	
個人番号								

3.被扶養者から除く者について

氏名	フリガナ	性別	生年月日	続柄	扶養しなくなった(る)日	理由
		男・女	昭・平・令 年 月 日		昭・平・令 年 月 日	
		男・女	昭・平・令 年 月 日		昭・平・令 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(「健康保険の被扶養者になれる人」を参照)を添付ねがいます。削除する場合は、削除する方の「健康保険被保険者証」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	
電話 () 番	

< 健保使用欄 >

常務理事	事務長	担当者