

健康保険 被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	課長	係

被保険者欄	被保険者記号	被保険者番号	生年月日	昭・平	年	月	日	備考
	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	取得年月日	昭・平・令	年	月	日	収入(年収)
			住民票住所	〒				
			居所	〒				

被扶養者欄①	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	1.男	2.女
			個人番号							
	続柄	職業	収入(年収)	住所※	1.同居	住民票住所 〒				
			円		2.別居	居所 〒				
	被扶養者になった日	昭・平・令	年	月	日	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	<input type="checkbox"/> 発行が必要	給与収入のみである旨の申立欄	給与収入以外の収入はありません。	備考
			認定対象者氏名	

被扶養者欄②	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	1.男	2.女
			個人番号							
	続柄	職業	収入(年収)	住所※	1.同居	住民票住所 〒				
			円		2.別居	居所 〒				
	被扶養者になった日	昭・平・令	年	月	日	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	<input type="checkbox"/> 発行が必要	給与収入のみである旨の申立欄	給与収入以外の収入はありません。	備考
			認定対象者氏名	

被扶養者欄③	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	1.男	2.女
			個人番号							
	続柄	職業	収入(年収)	住所※	1.同居	住民票住所 〒				
			円		2.別居	居所 〒				
	被扶養者になった日	昭・平・令	年	月	日	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	<input type="checkbox"/> 発行が必要	給与収入のみである旨の申立欄	給与収入以外の収入はありません。	備考
			認定対象者氏名	

※被保険者と同居または別居のいずれかを○で囲み、同居の場合は住所記入は不要です。別居の場合は、住所欄に住民票の住所を記入してください。居所が住民票上の住所と異なる場合は居所も記入してください。

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

令和 年 月 日 提出 受付印

社会保険労務士記載欄