

# 健康保険 被扶養者（異動）届

正

係	事務長	常務理事	処理欄
---	-----	------	-----

【提出日】令和 年 月 日

被 保 険 者 欄	被保険者証の (左づめ)	記号	番号	氏名 (フリガナ)				
	再雇用の場合 旧記番号記入				電話番号 (日中の連絡先)	<input type="checkbox"/> 勤務先	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 携帯
	会社名 事業所・所属	※退職者の方は住所をご記入ください。						

被 扶 養 者 欄	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	同居 / 別居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	続柄	【健保処理欄】 認定年月日			
	被扶養者にな った日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	被扶養者 になる理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 被保険者の就職 <input type="checkbox"/> その他 ( )	年 月 日		
	被扶養者で なくなった日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	被扶養者で なくなる理由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 75才到達 <input type="checkbox"/> その他 ( )	年 月 日		
	個人番号				備考	<input type="checkbox"/> 被証回収 <input type="checkbox"/> 減失届受理		

被 扶 養 者 欄	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	同居 / 別居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	続柄	【健保処理欄】 認定年月日			
	被扶養者にな った日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	被扶養者 になる理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 被保険者の就職 <input type="checkbox"/> その他 ( )	年 月 日		
	被扶養者で なくなった日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	被扶養者で なくなる理由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 75才到達 <input type="checkbox"/> その他 ( )	年 月 日		
	個人番号				備考	<input type="checkbox"/> 被証回収 <input type="checkbox"/> 減失届受理		

被 扶 養 者 欄	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	同居 / 別居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	続柄	【健保処理欄】 認定年月日			
	被扶養者にな った日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	被扶養者 になる理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 被保険者の就職 <input type="checkbox"/> その他 ( )	年 月 日		
	被扶養者で なくなった日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	被扶養者で なくなる理由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 75才到達 <input type="checkbox"/> その他 ( )	年 月 日		
	個人番号				備考	<input type="checkbox"/> 被証回収 <input type="checkbox"/> 減失届受理		

〔備考〕

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、本人確認のため添付書類が必要です)

受付日付印

# 健康保険 被扶養者（異動）届

副

【提出日】令和 年 月 日

被証受領月日	被証受領印
--------	-------

係	事務長	常務理事	処理欄
---	-----	------	-----

被保険者欄	被保険者証の (左づめ)	記号	番号	氏名	(フリガナ)
	再雇用の場合 旧記番号記入			電話番号 (日中の連絡先)	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 内線 ( )
	会社名 事業所・所属				

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	同居 / 別居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	続柄	【健保処理欄】 認定年月日			
	被扶養者になった日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	被扶養者になる理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 被保険者の就職 <input type="checkbox"/> その他 ( )	年	月	日
	被扶養者でなくなった日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	被扶養者でなくなる理由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 75才到達 <input type="checkbox"/> その他 ( )	年	月	日
	個人番号	記入不要				備考	<input type="checkbox"/> 被証回収 <input type="checkbox"/> 減失届受理			

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	同居 / 別居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	続柄	【健保処理欄】 認定年月日			
	被扶養者になった日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	被扶養者になる理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 被保険者の就職 <input type="checkbox"/> その他 ( )	年	月	日
	被扶養者でなくなった日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	被扶養者でなくなる理由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 75才到達 <input type="checkbox"/> その他 ( )	年	月	日
	個人番号	記入不要				備考	<input type="checkbox"/> 被証回収 <input type="checkbox"/> 減失届受理			

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	同居 / 別居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	続柄	【健保処理欄】 認定年月日			
	被扶養者になった日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	被扶養者になる理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 被保険者の就職 <input type="checkbox"/> その他 ( )	年	月	日
	被扶養者でなくなった日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	被扶養者でなくなる理由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 75才到達 <input type="checkbox"/> その他 ( )	年	月	日
	個人番号	記入不要				備考	<input type="checkbox"/> 被証回収 <input type="checkbox"/> 減失届受理			

〔備考〕

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、本人確認のため添付書類が必要です)

受付日付印