

健康保険 被扶養者（異動）届

記入例
(離職による認定)

事業所に提出する日を記入する

【提出日】 令和 1 年 6 月 21 日

係	事務長
---	-----

被 保 険 者 欄	被保険者証の (左づめ)	記号 1 2	番号 3 4 5 6 7 8	氏名 (フリガナ) オオイト カズヤ 大分 和也	
	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 checked="" type="checkbox"/> 携帯 内線 () 090 (0123) 〇〇〇〇 ()
	会社名 事業所・所属	〇〇〇〇〇株式会社 〇〇営業所 〇〇G			※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) オオイト (氏) 大分	(名) ミキ 美樹	性別	同居 / 別居		
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 0 5 1 2 0 8	続柄	妻	【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 checked="" type="checkbox"/> 令和 0 1 0 7 0 1	被扶養者になる理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input checked="" type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 被保険者の就職 <input type="checkbox"/> その他 ()	年 月 日	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	年 月 日
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 * *	備考	<input type="checkbox"/> 被証回収 <input type="checkbox"/> 減失届受理		

被 扶 養 者 欄	氏名	(名)	性別	同居 / 別居	
	生年月日		続柄		【健保処理欄】 認定年月日
	被扶養者になった日		被扶養者になる理由		年 月 日
	被扶養者でなくなった日		被扶養者でなくなる理由		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	(名)	性別	同居 / 別居	
	生年月日		続柄		【健保処理欄】 認定年月日
	被扶養者になった日		被扶養者になる理由		年 月 日
	被扶養者でなくなった日		被扶養者でなくなる理由		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