

健康保険 被扶養者（異動）届

記入例
(配偶者・子ども以外の
家族の認定)

事業所に提出する日
を記入する

【提出日】 令和 1 年 7 月 10 日

係	事務長
---	-----

被保険者欄	記号	番号	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ
	被保険者証の (左づめ)	1 2	1 2 3 4 5 6	健保 太郎
	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 ()	080 (1234) 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) ケンポ (氏) 健保	(名) ミツコ 光子	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	同居 / 別居	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	2 4 0 1 1 1	続柄	母	【健保処理欄】 認定年月日	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 checked="" type="checkbox"/> その他 (父の死亡により、私が母を扶養するため。)			年 月 日
	被扶養者でなくなった日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		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	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	原因発生日を記入する。 (例)・死亡日の翌日 ・仕送りの送金日 ・同居開始日	(名)	「その他」にチェックを入れ、 理由を記入する。	性別	被保険者との続柄「父」「母」「兄」などを記入する。	同居 / 別居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	生年月日	和	年 月 日	続柄		【健保処理欄】 認定年月日	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	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