

健康保険 被扶養者（異動）届

記入例
(死亡による削除)

事業所に提出する日を記入する

【提出日】 令和 1 年 7 月 1 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 1 2 3 4 5 6	氏名 (フリガナ) ケンポ タロウ 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		

被扶養者欄	氏名 (フリガナ) ケンポ (氏) 健保 (名) コウタロウ 光太郎	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	同居 / 別居	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input 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 2 年 0 9 月 1 4 日	続柄	父
	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 ()
	被扶養者でなくなった日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	0 1 年 0 6 月 2 5 日	被扶養者でなくなる理由	<input type="checkbox"/> 就職 <input checked="" type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 75才到達 <input type="checkbox"/> その他 ()

亡くなった日の翌日を記入する。

個人番号の記入は不要

「死亡」にチェックを入れる。

被保険者との続柄「父」「祖母」などを記入する。

被扶養者欄	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 ()
	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 ()

被扶養者欄	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 ()
	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 ()

〔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