

課長	課長補佐	課員

健康保険被扶養者（異動）届

被保険者欄	被保険者証の記号	被保険者証の番号	生年月日	5. 昭和	年	月	日	備考
	(フリガナ)		取得年月日	7. 平成	年	月	日	収入(年収) 円
	(氏)		住所	9. 令和	年	月	日	

注: 収入(年収)とは名称を問わず、すべての収入が対象になります。また、被保険者との続柄は「長男・父・義母・弟」等詳しく記入してください。

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	(名)	生年月日	5. 昭和	年	月	日	性別	1. 男	2. 女
	続柄	職業	収入(年収)	住所	1. 同居	2. 別居	別居の場合 〒				
	被扶養者になった日	9. 令和	年	月	日	被扶養者から除かれた日	9. 令和	年	月	日	理由
	住民票住所	同上	〒	都道府県	市区町村	当該届出書の提出年1月1日の住所	同上	〒	都道府県	市区町村	備考
	被扶養者になった日	9. 令和	年	月	日	被扶養者から除かれた日	9. 令和	年	月	日	理由

被保険者欄の住所と同じ場合、同上にチェックを入れてください。なお、その場合は隣の住所の記入は不要です(他の被扶養者欄においても同様)。

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	(名)	生年月日	5. 昭和	年	月	日	性別	1. 男	2. 女
	続柄	職業	収入(年収)	住所	1. 同居	2. 別居	別居の場合 〒				
	被扶養者になった日	9. 令和	年	月	日	被扶養者から除かれた日	9. 令和	年	月	日	理由
	住民票住所	同上	〒	都道府県	市区町村	当該届出書の提出年1月1日の住所	同上	〒	都道府県	市区町村	備考
	被扶養者になった日	9. 令和	年	月	日	被扶養者から除かれた日	9. 令和	年	月	日	理由

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	(名)	生年月日	5. 昭和	年	月	日	性別	1. 男	2. 女
	続柄	職業	収入(年収)	住所	1. 同居	2. 別居	別居の場合 〒				
	被扶養者になった日	9. 令和	年	月	日	被扶養者から除かれた日	9. 令和	年	月	日	理由
	住民票住所	同上	〒	都道府県	市区町村	当該届出書の提出年1月1日の住所	同上	〒	都道府県	市区町村	備考
	被扶養者になった日	9. 令和	年	月	日	被扶養者から除かれた日	9. 令和	年	月	日	理由

◎被扶養者に異動があったときは、5日以内に事業主を経由して提出してください。

◎この届出書に記入の個人情報は「健康保険法による保険給付の支給または保険料等の徴収に関する事務」において利用し、第三者には提供いたしません。

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 受付年月日

受領欄

社会保険労務士記載欄/氏名等
