

健康保険被扶養者（異動）届

令和 年 月 日提出

決		裁	

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 7. 平成 9. 令和	年	月	日	備考
	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	取得年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	収入(年収) 円
			住所					

被扶養者欄	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	性別	1. 男 2. 女		
			個人番号								
	続柄	職業	収入(年収) 円	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) (氏)	(名)	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	性別	1. 男 2. 女		
			個人番号								
	続柄	職業	収入(年収) 円	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

被扶養者欄	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	性別	1. 男 2. 女		
			個人番号								
	続柄	職業	収入(年収) 円	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

【事業主記載欄】 事業主の確認により添付書類を省略した場合は、該当するものにチェックをしてください。

- 収入に関する証明の添付が省略されている者は、所得税法上の控除対象配偶者(※)又は控除対象扶養親族であることを確認しました。
※ 年末調整の際「配偶者控除」に該当する予定の配偶者
- 被保険者との続柄(※)に関する証明書類が省略されている者については、続柄を確認しています。
※ 内縁関係の場合は省略できません。

事業所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	Ⓜ
電話番号	()

受付日付印

令和 年 月 日

健康保険組合 殿

社会保険労務士の代行者印

Ⓜ

(注) 1. この届書を提出するときは健康保険被保険者証を添付してください(資格取得時を除く)。2. 続柄欄には「夫」「妻」「父」「母」「子」「祖父」「祖母」等と記入してください。3. 職業欄には「主婦」「年金受給者」「小学生」「中学生」16歳以上の学生の場合は「高校〇年」「パート」等と記入してください。4. 収入欄には、非課税対象となる年金(障害・遺族)、失業給付、傷病手当金等も含まれます。5. 理由欄には扶養になった或いはならなくなった理由として、結婚、出生、失業、死亡、養子縁組、後期高齢者該当等事象を具体的に記入してください。