



健康保険被扶養者（異動）届

令和 年 月 日提出

決		裁	

被 保 険 者	被保険者の 証の記号と 番号	第 号	氏名 と印	印	生年月日	大・昭 平・令	年 月 日	性別	男 女		
	住 所	〒			資 格 取 得 日	昭和 平成 令和	年 月 日				
	この届出を出す際 の標準報酬月額	千円	この届出を出す際 の総合所得月額	円	※資 格 喪 失 日	昭和 平成 令和	年 月 日				
被 扶 養 者	氏 名	性別	生 年 月 日	続 柄	職 業	年 間 所 得 込	年金受給の有無 (有の場合は年金額 を記入してください)	同居・別 居の別	開始・終 了の別	扶養開始または終 了の年月日	扶養開始また は終了の理由
	(フリガナ)	男・女	大昭 平成	年 月 日		円	有・無 (円)	同・別	始・終	年 月 日	
	(フリガナ)	男・女	大昭 平成	年 月 日		円	有・無 (円)	同・別	始・終	年 月 日	
	(フリガナ)	男・女	大昭 平成	年 月 日		円	有・無 (円)	同・別	始・終	年 月 日	
	(フリガナ)	男・女	大昭 平成	年 月 日		円	有・無 (円)	同・別	始・終	年 月 日	
	(フリガナ)	男・女	大昭 平成	年 月 日		円	有・無 (円)	同・別	始・終	年 月 日	
	(フリガナ)	男・女	大昭 平成	年 月 日		円	有・無 (円)	同・別	始・終	年 月 日	

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		印
電 話	(局)	番

受付日付印

令和 年 月 日

健康保険組合理事長

- (注意事項)
- ※印欄は記入しないで下さい。
 - 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下さい。(資格取得時を除く)
 - 職業欄には文字にこだわらず小学六年、中学二年、高校三年、大学一年、ミシン内職、新聞配達、利子収入等具体的に記入して下さい。
 - 続柄欄には妻、内縁の妻、実父、妻の実父、長男、孫、養母、妻の姉、弟等詳しく記入して下さい。
 - 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、家事手伝、不具廃疾、死亡、養子縁組等事実を具体的に記入して下さい。