

【事業主確認欄】 この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。	
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

常務理事	事務長		担当

健康保険 被扶養者(異動)届

令和 年 月 日 提出

被保険者 記号番号 記号 番号 — <small>(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、備考欄に記載してください)</small>		資格取得年月日 平成・令和 年 月 日	
被保険者氏名		性別 男 女	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日
住所・電話番号 (〒 -)		電話番号 〔 自宅: - - 〕 〔 携帯: - - 〕	
異動の別 追加 削除(変更)	標準報酬月額 千円	備考 <small>(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認・本人確認をするための添付書類が別途必要です。)</small>	

(フリガナ) 氏名	(健保使用)	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	性別 男 女	続柄
個人番号				
住所 (同居・別居)		職業:	月平均収入額:	円
被扶養者になった日	令和 年 月 日	被扶養者になった理由		
被扶養者から除かれた日	令和 年 月 日	又は 除かれた理由		
備考				

(フリガナ) 氏名	(健保使用)	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	性別 男 女	続柄
個人番号				
住所 (同居・別居)		職業:	月平均収入額:	円
被扶養者になった日	令和 年 月 日	被扶養者になった理由		
被扶養者から除かれた日	令和 年 月 日	又は 除かれた理由		
備考				

(フリガナ) 氏名	(健保使用)	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	性別 男 女	続柄
個人番号				
住所 (同居・別居)		職業:	月平均収入額:	円
被扶養者になった日	令和 年 月 日	被扶養者になった理由		
被扶養者から除かれた日	令和 年 月 日	又は 除かれた理由		
備考				

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話

受付日付印