

【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 checked="" type="checkbox"/> ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
<input type="checkbox"/> 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

令和〇〇年〇〇月〇〇日提出

被保険者 記号番号 記号 〇〇〇 — 番号 〇〇〇〇〇〇〇〇 (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)		資格取得年月日 平成・令和 △△年△△月△△日	
被保険者氏名 三菱 太郎		性別 男 女	生年月日 昭和・平成・令和 〇〇年〇〇月〇〇日
住所・電話番号 (〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 ) 〇〇県〇〇市〇〇町1-1		電話番号 自宅: 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 携帯: 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	
異動の別 追加 削除(変更)	標準報酬月額 万円	備考 (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。)	

(フリガナ) ミヅビシ アイコ (健保使用)	生年月日 昭和・平成・令和 △△年△△月△△日	性別 男 女	続柄 妻
氏名 三菱 愛子	個人番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	職業: 無職	月平均収入額: 円
住所 (同居・別居) 同居 上	被扶養者になった日 令和 〇〇年〇〇月〇〇日	被扶養者になった理由 結婚	
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) (健保使用)	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	性別 男 女	続柄
氏名	個人番号	職業:	月平均収入額: 円
住所 (同居・別居)	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) (健保使用)	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	性別 男 女	続柄
氏名	個人番号	職業:	月平均収入額: 円
住所 (同居・別居)	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