

健康保険被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	担当

被保険者欄	記号	1 1	番号		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	備考
	氏名	(氏)	(名)	資格取得年月日	昭和 平成 令和	年	月	日		
	住所	〒 -								

※ 配偶者の申請の場合は別途「国民年金 第3号被保険者関係届」の提出が必要です。書式は各事業所人事・総務にあります。

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
	続柄	職業	収入(年収)	円	住所	1.同居	別居のみ記入〒 -			資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※「資格確認書(再)交付申請書」要提出
	被扶養者になった日	令和	年	月	日	理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 被保険者の就職 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 失業給付終了 <input type="checkbox"/> その他(理由:)				備考
	増	子の出生の場合は、下記欄も記入してください。(配偶者を扶養していない場合のみ)									
		(フリガナ)	配偶者の氏名	備考			担当 _____ 様 育休期間確認済 令和 年 月 日 担当者印				
		育児休業	<input type="checkbox"/> 取得(令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 取得しない								
		配偶者の勤務先	勤務先TEL () -								
減	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	理由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 失業給付受給 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: /) <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 65歳障害 <input type="checkbox"/> その他(理由:)				備考

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
	続柄	職業	収入(年収)	円	住所	1.同居	別居のみ記入〒 -			資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※「資格確認書(再)交付申請書」要提出
	被扶養者になった日	令和	年	月	日	理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 被保険者の就職 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 失業給付終了 <input type="checkbox"/> その他(理由:)				備考
	増	子の出生の場合は、下記欄も記入してください。(配偶者を扶養していない場合のみ)									
		(フリガナ)	配偶者の氏名	備考			担当 _____ 様 育休期間確認済 令和 年 月 日 担当者印				
		育児休業	<input type="checkbox"/> 取得(令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 取得しない								
		配偶者の勤務先	勤務先TEL () -								
減	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	理由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 失業給付受給 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: /) <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 65歳障害 <input type="checkbox"/> その他(理由:)				備考

【被保険者記載欄】 日本国内に被扶養者の住民票がない場合は、裏面を確認し、該当する番号を備考欄に記載してください。

事業所所在地	〒 - 令和 年 月 日提出
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()

事業所担当者	健保組合