

健康保険被扶養者（異動）届										常務理事		事務長		担当者		担当者			
正 ☒ 増(家族を扶養に入れる) ☐ 減(家族を扶養から外す) 【訂正】 届出書類は、正・副・副 3枚ご提出ください 該当項目にチェックしてください 余白に赤字で「訂正」とご記入ください																			
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	☒ 昭和 ☒ 平成	年	月	日	備考							
	(フリガナ)	ケンボ		(氏名)	タロウ		取得 年月日	☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和	年	月	日								
	氏名	健保		(名)	太郎														
【例：華子⇒花子に訂正する場合】 提出済の被扶養者異動届に記載した誤った内容(華子)を赤字で、正しい内容(花子)を黒字でご記入ください																			
被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	ケンボ		(氏名)	華子 花子		生年月日	☒ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和	年	月	日	性別	☐ 男 ☒ 女					
	続柄 (妻、長男 義母等)	妻		職業	無職		今後の 収入	☐ 有 ☒ 無	住所	☒ 同居 ☐ 別居		別居の場合 〒							
	被扶養者 になった日 (増)	令和		年	月	日	被扶養者から 除かれた日 (減)	令和	年	月	日	理由	退職						
	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	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日	性別	☐ 男 ☐ 女					
	続柄 (妻、長男 義母等)			職業			今後の 収入	☐ 有 ☐ 無	住所	☐ 同居 ☐ 別居		別居の場合 〒							
	被扶養者 になった日 (増)	令和		年	月	日	被扶養者から 除かれた日 (減)	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	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日	性別	☐ 男 ☐ 女					
	続柄 (妻、長男 義母等)			職業			今後の 収入	☐ 有 ☐ 無	住所	☐ 同居 ☐ 別居		別居の場合 〒							
	被扶養者 になった日 (増)	令和		年	月	日	被扶養者から 除かれた日 (減)	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本人署名を省略した場合は、該当するものにチェックをしてください。																			
☐ 本人署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。																			
☐ 本人署名の省略にあたり、記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。																			
☐ 添付書類(被扶養者認定調査票)の本人署名省略にあたり、記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。																			
事業所 所在地	〒 -																		
事業所 名称	事業主印																		
事業主 氏名																			
電話番号	()																		
令和 ××年 ××月 ××日 提出 受付年月日																			
社会保険労務士の代行者印																			