

健康保険被扶養者異動届

常務理事	事務長	担当者

平成 年 月 日提出

事業所の名称及び所在地 事業主の氏名

印

被保険者証		被 保 険 者	住 所 (フリガナ) 氏 名	〒							☎		資格取得年月日	昭和 平成	年 月 日	
記 号	番 号															
				(氏)	(名)	印	男 ・ 女	生年月日	昭 5 平 7	年	月	日	この届を出す際 の標準報酬月額			千円
異動 内容	被扶養者の氏名		生年月日	続柄	コード	被扶養者となった日 被扶養者でなくなった日	性別	職 業	年 収 額	同居 別居	申請理由	マイ ナ ン バ ー				
増 減	(フリガナ) (氏)	(名)	昭 5 平 7	年 月 日		平成 年 月 日	男 女		円	同 居 別 居						
増 減	(フリガナ) (氏)	(名)	昭 5 平 7	年 月 日		平成 年 月 日	男 女		円	同 居 別 居						
増 減	(フリガナ) (氏)	(名)	昭 5 平 7	年 月 日		平成 年 月 日	男 女		円	同 居 別 居						
増 減	(フリガナ) (氏)	(名)	昭 5 平 7	年 月 日		平成 年 月 日	男 女		円	同 居 別 居						
増 減	(フリガナ) (氏)	(名)	昭 5 平 7	年 月 日		平成 年 月 日	男 女		円	同 居 別 居						

別居の被扶養者の住所	
------------	--

注意事項 この届出は、正確、明瞭に記入して下さい。 ①「異動内容」の欄に当てはまる項目に○をして下さい。(増加なら、増に○。減少なら、減に○。) ②続柄は、妻、長男、養子、実父、姉、弟、妻の実父など詳しく書いて下さい。(子などの表現不可) ③職業欄は、小学生、中学生、高校生、大学生（各学年）、年金受給者など、実態がわかるように書いて下さい。 ④年収を月割りで計算し、記入して下さい。 ⑤理由は、増加の場合、結婚、出生、失業など、減少の場合は、死亡、就職、離婚などの事実を記入して下さい。		⑥別居の場合は、別居被扶養者の住所欄に必ず書いて下さい。 ⑦増加の場合は、必要書類を全て揃えて、この書類に添付して下さい。 ⑧減少の場合は、この書類と対象の被扶養者の健康保険証を必ず添付して下さい。 ⑨減少の場合は、マイナンバーの記載は不要。 ⑩健康保険証が添付できない場合は、不能届（被扶養者）をこの書類に添付して下さい。	
---	--	--	--

健康保険被扶養者異動通知書

事業所の名称及び所在地 事業主の氏名

殿

被保険者証		被 保 険 者	住 所 (フリガナ) 氏 名	〒							☎		資格取得年月日	昭和 平成	年	月	日
記 号	番 号						男 ・ 女	生年月日	昭5 平7	年	月	日	この届を出す際 の標準報酬月額	千円			
				(氏)	(名)	㊞											
異動 内容	被扶養者の氏名		生年月日	続柄	コード	被扶養者となった日 被扶養者でなくなった日	性別	職 業	年 収 額	同居 別居	申請理由						
増 減	(フリガナ) (氏)	(名)	昭5 平7 年 月 日			平成 年 月 日	男 女		円	同 居 別 居							
増 減	(フリガナ) (氏)	(名)	昭5 平7 年 月 日			平成 年 月 日	男 女		円	同 居 別 居							
増 減	(フリガナ) (氏)	(名)	昭5 平7 年 月 日			平成 年 月 日	男 女		円	同 居 別 居							
増 減	(フリガナ) (氏)	(名)	昭5 平7 年 月 日			平成 年 月 日	男 女		円	同 居 別 居							
増 減	(フリガナ) (氏)	(名)	昭5 平7 年 月 日			平成 年 月 日	男 女		円	同 居 別 居							

別居の被扶養者の住所	
------------	--

上記のとおり受理しましたので通知します。

平成 年 月 日

合同製鐵健康保険組合理事長 ㊞