

# 健康保険被扶養者（異動）届

- 増(家族を扶養に入れる)  
 減(家族を扶養から外す)

常務理事	事務長	担当者	担当者

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号	被保険者等 番号	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	備考
	(フリガナ) (氏) (名)		取 得 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
	住 民 票 住 所							

被 扶 養 者 欄	(フリガナ) (氏) (名)		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	続柄 (妻、長男 義母等)		職業	今後の 収入	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	実態の 同別居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	住 民 票 住 所	同上 <input type="checkbox"/>	住民票住所が異なる場合 〒	
	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
	(住民票と居所住所が 異なる場合) 居所住所		〒	都道 府県	市区 町村	当該届出書の 提出年1月1日 の住民票住所	同上 <input type="checkbox"/>	〒	都道 府県	市区 町村	備考
	※「氏名」はアルファベット表記は登録不可										

被 扶 養 者 欄	(フリガナ) (氏) (名)		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	続柄 (妻、長男 義母等)		職業	今後の 収入	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	実態の 同別居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	住 民 票 住 所	同上 <input type="checkbox"/>	住民票住所が異なる場合 〒	
	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
	(住民票と居所住所が 異なる場合) 居所住所		〒	都道 府県	市区 町村	当該届出書の 提出年1月1日 の住民票住所	同上 <input type="checkbox"/>	〒	都道 府県	市区 町村	備考
	※「氏名」はアルファベット表記は登録不可										

被 扶 養 者 欄	(フリガナ) (氏) (名)		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	続柄 (妻、長男 義母等)		職業	今後の 収入	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	実態の 同別居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	住 民 票 住 所	同上 <input type="checkbox"/>	住民票住所が異なる場合 〒	
	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
	(住民票と居所住所が 異なる場合) 居所住所		〒	都道 府県	市区 町村	当該届出書の 提出年1月1日 の住民票住所	同上 <input type="checkbox"/>	〒	都道 府県	市区 町村	備考
	※「氏名」はアルファベット表記は登録不可										

【 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 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