

正

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	被保険者証の記号	被保険者証の番号	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	備考
	(フリガナ)		取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
	氏名 (氏)		(名)	住所	〒 -			

被扶養者欄	(フリガナ)		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		
	氏名 (氏)			(名)	個人番号						
	続柄 (妻、長男、 義母等)	職業	今後の収入	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>	〒	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 <input type="checkbox"/>	〒	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	(フリガナ)		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		
	氏名 (氏)			(名)	個人番号						
	続柄 (妻、長男、 義母等)	職業	今後の収入	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>	〒	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 <input type="checkbox"/>	〒	都道府県	市区町村	備考

被扶養者欄	(フリガナ)		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		
	氏名 (氏)			(名)	個人番号						
	続柄 (妻、長男、 義母等)	職業	今後の収入	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>	〒	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 <input type="checkbox"/>	〒	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押印・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。

- 本人押印・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。
- 本人押印・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)の本人押印・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

副

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)

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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	備考
	(フリガナ)		取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
	氏名 (氏)		(名)	住所 〒 -				

被扶養者欄	(フリガナ)		(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	
	氏名 (氏)				個人番号							
	続柄 (妻、長男 義母等)	職業	今後の収入	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>	〒	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 <input type="checkbox"/>	〒	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	(フリガナ)		(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	
	氏名 (氏)				個人番号							
	続柄 (妻、長男 義母等)	職業	今後の収入	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>	〒	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 <input type="checkbox"/>	〒	都道府県	市区町村	備考	

被扶養者欄	(フリガナ)		(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	
	氏名 (氏)				個人番号							
	続柄 (妻、長男 義母等)	職業	今後の収入	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>	〒	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 <input type="checkbox"/>	〒	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押印・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。

- 本人押印・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。
- 本人押印・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)の本人押印・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
