

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)

届出書類は、正・副
2枚ご提出ください

該当項目にチェックしてください

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 checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	年	月	日	備考
	氏名 (フリガナ)	ケンポ		タロウ	取得年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
	氏名 (氏)	健保		太郎	住所	〒 ×××-×××× 東京都江東区豊洲 ×-×-×-×××				

被扶養者欄	氏名 (フリガナ)	ケンポ	ハナコ	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	
	氏名 (氏)	健保	花子	個人番号	扶養から外す場合は、個人番号の記入は不要						
	続柄 (妻、長男、義母等)	妻	職業	会社員	今後の収入	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	扶養から外す場合は、同居・別居とも住所の記入は不要		
	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

扶養から外す場合は、住所票住所の記入は不要

就職、収入増加、雇用保険受給 など

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)	ケンポ	イチロウ	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	年	月	日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	氏名 (氏)	健保	一郎	個人番号							
	続柄 (妻、長男、義母等)	長男	職業	大学2年	今後の収入	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	扶養から外す場合は、同居・別居とも住所の記入は不要		
	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

学生の場合は学年をご記入ください 例:「小学3年」

被扶養者欄	氏名 (フリガナ)	ケンポ	フネ	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	
	氏名 (氏)	健保	フネ	個人番号							
	続柄 (妻、長男、義母等)	母	職業	無職	今後の収入	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	扶養から外す場合は、同居・別居とも住所の記入は不要		
	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

【 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