

健康保険

被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	部長・代理	課長・代理	係長	係	決 裁

被 保 険 者 欄	記号	番号	生年月日	5.昭和 7.平成 年 月 日	備考
	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	取得 年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	収入 (年収) 万円
	住所		〒		
下記の者について ※どちらかに○		追加	削除	※削除の場合、個人番号の記入は不要です。	

被 扶 養 者 欄	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	性別	1.男 2.女
	続柄		職業	収入 (年収) 万円	被扶養者になった、又は 除かれた日付と理由 年 月 日	
	住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒	健保記入欄 認定年月日	9.令和	年 月 日
	住民票 住所	同上 □	〒	都道 府県	市区 町村	資格 確認書 <input type="checkbox"/> 発行を要する ※マイナ保険証をお持ちでない方 のみご記入ください
	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	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	性別	1.男 2.女
	続柄		職業	収入 (年収) 万円	被扶養者になった、又は 除かれた日付と理由 年 月 日	
	住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒	健保記入欄 認定年月日	9.令和	年 月 日
	住民票 住所	同上 □	〒	都道 府県	市区 町村	資格 確認書 <input type="checkbox"/> 発行を要する ※マイナ保険証をお持ちでない方 のみご記入ください
	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	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	性別	1.男 2.女
	続柄		職業	収入 (年収) 万円	被扶養者になった、又は 除かれた日付と理由 年 月 日	
	住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒	健保記入欄 認定年月日	9.令和	年 月 日
	住民票 住所	同上 □	〒	都道 府県	市区 町村	資格 確認書 <input type="checkbox"/> 発行を要する ※マイナ保険証をお持ちでない方 のみご記入ください
	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)					

【 事業主記載欄 】 事業主の確認により添付書類を省略した場合は、該当するものにチェックをしてください。

収入に関する証明の添付が省略されている者は、所得税法上の控除対象配偶者(※)又は控除対象扶養親族であることを確認しました。

※ 年末調整の際「配偶者控除」に該当する予定の配偶者

被保険者との続柄に関する証明書類が省略されている者については、続柄を確認しています。(内縁関係の場合は省略できません)

この届出については、申請者本人(被保険者)が作成、または記載内容について本人が確認しています。※チェック必須

受付年月日

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

社会保険労務士の記載欄
氏名等