

健康保険被扶養者届(異動届)

提出経路: 被保険者⇒人事部⇒健保組合

記号・番号	
記号	番号

1.被保険者について

氏名	性別	生年月日	事業所名	
フリガナ	男・女	昭和・平成・令和 年 月 日	所属部署	
社員番号 ()		勤務先電話 () /内線 -		
資格取得年月日: 昭和・平成・令和 年 月 日		資格喪失年月日: 昭和・平成・令和 年 月 日		

2.被扶養者となる者について

氏名	性別	生年月日	続柄	職業	同居別居	被扶養者となった年月日	被扶養者とする理由
フリガナ	男・女	昭和・平成・令和 年 月 日			同・別	令和 年 月 日	1.出生 4.収入減 2.婚姻 5.離職 3.入社 6.その他 ()
個人番号		-	-	資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 必要 理由()			
フリガナ	男・女	昭和・平成・令和 年 月 日			同・別	令和 年 月 日	1.出生 4.収入減 2.婚姻 5.離職 3.入社 6.その他 ()
個人番号		-	-	資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 必要 理由()			
フリガナ	男・女	昭和・平成・令和 年 月 日			同・別	令和 年 月 日	1.出生 4.収入減 2.婚姻 5.離職 3.入社 6.その他 ()
個人番号		-	-	資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 必要 理由()			
フリガナ	男・女	昭和・平成・令和 年 月 日			同・別	令和 年 月 日	1.出生 4.収入減 2.婚姻 5.離職 3.入社 6.その他 ()
個人番号		-	-	資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 必要 理由()			

3.被扶養者から除く者について

氏名	性別	生年月日	続柄	被扶養者でなくなった日	理由
フリガナ	男・女	昭和・平成・令和 年 月 日		令和 年 月 日	1.就職 4.失業給付 2.離婚 受給 3.収入増 5.その他 ()
フリガナ		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日		令和 年 月 日

※資格確認書の発行が必要な場合は、資格確認書発行要否欄にチェックしてください。

なお、以下に該当する場合に限りです。

ア)マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者

イ)マイナンバーカードを所有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、

利用登録解除を申請した者、利用登録解除者

ウ)マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

受付日付印

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話 () 番	

< 健保使用欄 >

常務理事	事務長	担当者