

健康保険 被扶養者異動届

常務理事	事務長	担当者

届出年月日 年 月 日

↓ 被保険者(社員本人)について記入してください。 ↓

被 保 険 者 情 報	記号・番号	記号	番号(従業員番号)	(フリガナ)氏名	(氏)	(名)	連絡先(内線可)
	生年月日	年	月	日	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	
	住所	〒 都道府県					

↓ あらたに被扶養者資格の異動(増加または削除)を届出るご家族について記入してください。 ↓

被 保 険 者 記 入 欄	配偶者の届出欄	(フリガナ)氏名	(氏)	(名)	続柄	個人番号(マイナンバー)	生年月日	年	月	日	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要 マイナ保険証を保有していない等
		※住所	〒 都道府県											
	届出区分	扶養開始日または扶養しなくなった日	理由	職業	<<健保組合記入欄>> 年 月 日 <input type="radio"/> 認定 <input type="radio"/> 削除 <input type="radio"/> 否認									
	<input type="radio"/> 増加 <input type="radio"/> 削除	年 月 日												

異 動 対 象 者 情 報	配偶者以外の届出欄①	(フリガナ)氏名	(氏)	(名)	続柄	個人番号(マイナンバー)	生年月日	年	月	日	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要 マイナ保険証を保有していない等
		※住所	〒 都道府県											
	届出区分	扶養開始日または扶養しなくなった日	理由	職業	<<健保組合記入欄>> 年 月 日 <input type="radio"/> 認定 <input type="radio"/> 削除 <input type="radio"/> 否認									
	<input type="radio"/> 増加 <input type="radio"/> 削除	年 月 日												

異 動 対 象 者 情 報	配偶者以外の届出欄②	(フリガナ)氏名	(氏)	(名)	続柄	個人番号(マイナンバー)	生年月日	年	月	日	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要 マイナ保険証を保有していない等
		※住所	〒 都道府県											
	届出区分	扶養開始日または扶養しなくなった日	理由	職業	<<健保組合記入欄>> 年 月 日 <input type="radio"/> 認定 <input type="radio"/> 削除 <input type="radio"/> 否認									
	<input type="radio"/> 増加 <input type="radio"/> 削除	年 月 日												

※ 住民登録先が現在と直前1月1日現在と異なる場合は、別途『住民票異動連絡書』を作成し、本書類に添付して提出してください。
 ◆ 異動対象者の個人番号(マイナンバー)は、増加の届出時に限り必ず記入してください。子の出生時の場合は、出生届が受理された時に、住民票の取得で個人番号(マイナンバー)を確認できます。

受付日付印

事業所所在地名称	
事業主氏名	

事業主提出日 年 月 日

被保険者の記号と番号を記入したときは、右欄は記入不要です。記号・番号に代わり個人番号(マイナンバー)で届出を行なうときに限り記入してください。ただし、被保険者の個人番号であることを特定する書類の添付が必要です。