

健康保険被扶養者(異動)届

申請年月日 令和 〇〇 年 〇月 〇日 提出

所属部署	

健康保険被保険者証	被保険者の氏名		性別	生年月日			異動の別		資格取得年月日			標準報酬月額		
記号 11	番号 9999	カナ ショウワ 氏 昭和	カタ タロウ 名 太郎	男	年 〇〇	月 1	日 1	新規 追加	削除 変更	昭和 平成 令和	年 〇〇	月 4	日 1	千円
被保険者の住民票上の住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 千葉県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号						TEL 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇			この届が受理される前の被扶養者数	この届が受理された後の被扶養者数			
										2名	3名			

増加・減少別	被扶養者の氏名		生年月日		性別	続	被保険者との世帯別	被扶養者になった日	被扶養者でなくなった日	被扶養者になった理由又は除かれた理由を具体的に記入		認定・削除年月日		備考			
増	氏	名	昭 平 令	〇〇	〇	〇	男	長男	千円/年	同所帯	昭 平 令	〇〇	〇	〇	出生	認定 年月日	
減	氏	名	昭 平 令	〇〇	〇	〇	女	長男	千円/年	同所帯	昭 平 令	〇〇	〇	〇	出生	削除 年月日	
増	氏	名	昭 平 令	〇〇	〇	〇	男	長男	千円/年	同所帯	昭 平 令	〇〇	〇	〇	出生	認定 年月日	
減	氏	名	昭 平 令	〇〇	〇	〇	女	長男	千円/年	同所帯	昭 平 令	〇〇	〇	〇	出生	削除 年月日	
増	氏	名	昭 平 令	〇〇	〇	〇	男	長男	千円/年	同所帯	昭 平 令	〇〇	〇	〇	出生	認定 年月日	
減	氏	名	昭 平 令	〇〇	〇	〇	女	長男	千円/年	同所帯	昭 平 令	〇〇	〇	〇	出生	削除 年月日	
増	氏	名	昭 平 令	〇〇	〇	〇	男	長男	千円/年	同所帯	昭 平 令	〇〇	〇	〇	出生	認定 年月日	
減	氏	名	昭 平 令	〇〇	〇	〇	女	長男	千円/年	同所帯	昭 平 令	〇〇	〇	〇	出生	削除 年月日	

上記の通り被保険者からの届出がありましたので申請いたします。

事業所所在地 〒

事業所名称

事業主氏名

事業所電話 () 番

健保受付印

常務理事 事務長 係 係