

健康保険被扶養者(異動)届

申請年月日 令和 ○○年○月○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	番号	カナ	姓	名	年		月	日	新規・追加	削除・変更	年	月	日	千円				
11	9999	ショウワ	昭	太郎	男	昭	和	〇〇	1	1	新規・追加	削除・変更	昭	平	〇〇	4	1	

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

住民票に記載の住所を記入

1,300千円以上の方は被扶養者になれません

就職した場合: その年月日
死亡の場合: 死亡日の翌日を記入

が受理される前の被扶養者数: 2名
この届が受理された後の被扶養者数: 1名

増加・減少別	被扶養者の氏名		生年月日		性別	続	の収入	の帯別	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	昭和 次郎	昭	〇〇	男	子	千円/年 1,400	同所帯・別所帯	昭	〇〇	就職したため	認定 削除	年 月 日
減	氏	ショウワ ジロウ	住	住民票上の住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇〇丁目〇番〇号					個人番号				
増	氏		昭		男		千円/年	同所帯・別所帯	昭			認定 削除	年 月 日
減	氏		住	住民票上の住所 〒 -					個人番号		扶養から削除する場合は、個人番号の記入は不要		
増	氏		昭		男		千円/年	同所帯・別所帯	昭			認定 削除	年 月 日
減	氏		住	住民票上の住所 〒 -					個人番号				
増	氏		昭		男		千円/年	同所帯・別所帯	昭			認定 削除	年 月 日
減	氏		住	住民票上の住所 〒 -					個人番号				

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 ⑩

事業所電話 () 番

健保受付印

常務理事	事務長	係	係