健康保険 被扶養者（異動）届

提出年月日：令和　　年　　月

健保使用欄	常務理事	事務長	担当

受付日付印

事業主記入欄	
事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番	（　　）

確認	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
□	① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

被保険者欄

被保険者証等記号番号	記号 番号	氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	生年月日	昭和 平成　年　月　日
				性別	男　女
取得年月日	平成 令和　年　月　日	標準報酬月額	千円	住所	〒 電話（自宅） 電話（携帯）

配偶者が被扶養者（第3号被保険者）になった場合は「該当」、被扶養者でなくなった場合は「非該当」を〇で囲んでください。

配偶者である被扶養者欄

氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	世帯	同居 別居	生年月日	昭和 平成　年　月　日
		個人番号		性別	男　女
				続柄	1.妻 2.夫 3.内縁の妻

該当	被扶養者になった日	令和　年　月　日	理由	1. 結婚 2. 退職 3. 失業給付受給終了	4. 被保険者入社 5. その他 （　　）	職業	年間予定収入（税込）　円
非該当	被扶養者でなくなった日	令和　年　月　日	理由	1. 保険加入 2. 就職 3. 失業給付受給開始	4. 離婚 5. 死亡 6. その他 （　　）	認定日	※
						削除日	※　回収区分　添付 未回収

資格確認書発行要否　□　資格確認書の発行を希望します　※住民票の住所をご記入ください

配偶者以外の方が被扶養者になった場合は「該当」、被扶養者でなくなった場合は「非該当」を〇で囲んでください。　※健保記入欄

その他の被扶養者欄

氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	性別	男　女	続柄	世帯　同居 別居
		個人番号					

該当	被扶養者になった日	令和　年　月　日	理由	1. 出生 2. 退職 3. 失業給付受給終了	4. 被保険者入社 5. その他 （　　）	職業又は学年	年間予定収入（税込）　円
非該当	被扶養者でなくなった日	令和　年　月　日	理由	1. 保険加入 2. 就職 3. 失業給付受給開始	4. 死亡 5. その他 （　　）	認定日	※
						削除日	※　回収区分　添付 未回収

資格確認書発行要否　□　資格確認書の発行を希望します　※住民票の住所をご記入ください

その他の被扶養者欄

氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	性別	男　女	続柄	世帯　同居 別居
		個人番号					

該当	被扶養者になった日	令和　年　月　日	理由	1. 出生 2. 退職 3. 失業給付受給終了	4. 被保険者入社 5. その他 （　　）	職業又は学年	年間予定収入（税込）　円
非該当	被扶養者でなくなった日	令和　年　月　日	理由	1. 保険加入 2. 就職 3. 失業給付受給開始	4. 死亡 5. その他 （　　）	認定日	※
						削除日	※　回収区分　添付 未回収

資格確認書発行要否　□　資格確認書の発行を希望します　※住民票の住所をご記入ください

その他の被扶養者欄

氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	性別	男　女	続柄	世帯　同居 別居
		個人番号					

該当	被扶養者になった日	令和　年　月　日	理由	1. 出生 2. 退職 3. 失業給付受給終了	4. 被保険者入社 5. その他 （　　）	職業又は学年	年間予定収入（税込）　円
非該当	被扶養者でなくなった日	令和　年　月　日	理由	1. 保険加入 2. 就職 3. 失業給付受給開始	4. 死亡 5. その他 （　　）	認定日	※
						削除日	※　回収区分　添付 未回収

資格確認書発行要否　□　資格確認書の発行を希望します　※住民票の住所をご記入ください

※健保記入欄

被扶養者の「該当」と「非該当」は同時に提出できません。「該当」、「非該当」はそれぞれ別の用紙で提出してください。