

健康保険 被扶養者(異動)届

健保使用欄	常務理事	事務長	担当

受付日付印

提出年月日: 令和 年 月

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

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。
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
<input type="checkbox"/>	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	被保険者記号番号	記号	(7桁)	氏名		生年月日	昭和	年	月	日	性別	男	女
	取得年月日	平成	年	月	日	標準報酬月額							
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○で囲んでください。

配偶者である被扶養者欄	氏名	(7桁)	世帯	同居	生年月日	昭和	年	月	日	性別	男	女	続柄	1.妻 2.夫 3.内縁の妻 4.内縁の夫
	個人番号													
	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

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○で囲んでください。

※健保記入欄

その他の被扶養者欄	氏名	(7桁)	生年月日	昭和	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

その他の被扶養者欄	氏名	(7桁)	生年月日	昭和	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

その他の被扶養者欄	氏名	(7桁)	生年月日	昭和	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

※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。