

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

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 checked="" type="checkbox"/>	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。

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 ()

事業主の証明が必要です。

被保険者欄	記号	10	(フリガナ)	ケンボ タロウ	生年月日	昭和 500501	性別	男
	被保険者記号番号	123	氏名	健保 太郎	住所	〒 151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷〇-〇-〇		
	取得年月日	令和 010501	標準報酬月額	440	電話(自宅)	03(1234)9999		
					電話(携帯)	090(1234)5678		

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	(フリガナ)	ケンボ ハナコ	世帯別居	同居	生年月日	昭和 520701	性別	女	続柄	妻
			健保 花子			個人番号					
該当	被扶養者になった日	令和 10505	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	無職	年間予定収入(税込)	0		
非該当	被扶養者でなくなった日	令和	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	※健保記入欄		削除日	回収区分	添付未回収

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	(フリガナ)		生年月日	昭和 平成 令和	性別	男 女	続柄	世帯別居		
				個人番号							
該当	被扶養者になった日	令和	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)			
非該当	被扶養者でなくなった日	令和	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	※健保記入欄		削除日	回収区分	添付未回収

その他の被扶養者欄	氏名	(フリガナ)		生年月日	昭和 平成 令和	性別	男 女	続柄	世帯別居		
				個人番号							
該当	被扶養者になった日	令和	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)			
非該当	被扶養者でなくなった日	令和	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	※健保記入欄		削除日	回収区分	添付未回収

その他の被扶養者欄	氏名	(フリガナ)		生年月日	昭和 平成 令和	性別	男 女	続柄	世帯別居		
				個人番号							
該当	被扶養者になった日	令和	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)			
非該当	被扶養者でなくなった日	令和	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	※健保記入欄		削除日	回収区分	添付未回収

※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。