

# 健康保険被扶養者(異動)届

被保険者証の記号・番号		氏名	印	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男 女
標準報酬月額	千円			所属部店	資格取得年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
住所	住民票	〒			行員(社員)番号	行員(社員)番号				
	居所	〒								

被 扶 養 者 欄	フリガナ 氏名	性別	生年月日	続柄	職業	住所(住民票) 個人番号	開始・終了 の別	扶養開始または 終了の年月日	扶養開始または 終了の理由
			男 女	昭 平 令 年 月 日			〒	始・終	年 月 日
	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行不要 <input type="checkbox"/> 発行が必要							
		男 女	昭 平 令 年 月 日			〒	始・終	年 月 日	
	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行不要 <input type="checkbox"/> 発行が必要							
		男 女	昭 平 令 年 月 日			〒	始・終	年 月 日	
	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行不要 <input type="checkbox"/> 発行が必要							

\* 資格確認書が必要な場合は、「健康保険資格確認書(再)交付申請書」のご提出が必要です。  
 \* マイナンバーカードをお持ちの方で保険証登録がお済の場合は、マイナ保険証で医療機関を受診してください。

上記のとおり被扶養者の異動があった事に相違ないことを証明します	
郵便番号	〒 -
事業所所在地	
事業所名	印
事業主名	

令和 年 月 日 届出

受付日付印

- ※ 出生での扶養者認定には、住民票(個人番号有り)を添付してください。
- ※ 扶養が終了する場合のみ、健康保険被保険者証を添付してください。
- ※ 被扶養者欄には異動該当者のみ記入してください。
- ※ 続柄欄には妻、内縁の妻、実父、長男、孫、義母、妻の姉、弟等詳しく記入してください。
- ※ 理由欄にはなったあるいはならなくなった理由として結婚、出生、就職、失業、家事手伝、死亡、養子縁組等事実を具体的に記入してください。