

健康保険 被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	係

被保険者等				被保険者の氏名 (氏) (名)	生年月日 (昭・平・令)			性別 男・女	異動の別 追加 削除	資格取得年月日 (昭・平・令)			標準報酬月額 千円
記号	番号				年	月	日			年	月	日	
被保険者の住民票住所				事業所の名称				所属					

※ 被保険者と同居又は別居のいずれかに○で囲み、被保険者と住民票住所が異なる場合は、住民票住所を記入してください。

被扶養者の氏名 (フリガナ) (氏) (名)		生年月日 (昭・平・令)			性別 男・女	続柄	被扶養者になった日 (令和)			被扶養者から除かれた日 (令和)			職業 月平均収入額		追加・削除の理由		
		年	月	日			年	月	日	年	月	日	円	円			
※被扶養者の住民票住所		同居・別居															
		〒															
		個人番号															

被扶養者の氏名 (フリガナ) (氏) (名)		生年月日 (昭・平・令)			性別 男・女	続柄	被扶養者になった日 (令和)			被扶養者から除かれた日 (令和)			職業 月平均収入額		追加・削除の理由		
		年	月	日			年	月	日	年	月	日	円	円			
※被扶養者の住民票住所		同居・別居															
		〒															
		個人番号															

被扶養者の氏名 (フリガナ) (氏) (名)		生年月日 (昭・平・令)			性別 男・女	続柄	被扶養者になった日 (令和)			被扶養者から除かれた日 (令和)			職業 月平均収入額		追加・削除の理由		
		年	月	日			年	月	日	年	月	日	円	円			
※被扶養者の住民票住所		同居・別居															
		〒															
		個人番号															

令和 年 月 日 提出

事業所	所在地	
	名称	
事業主氏名		
電話		

* 保険証等を紛失し返却不能の方は減失届けを提出下さい。
<COMPANY Web Service の申請もお願いします>

受付日付印

【事業主記載欄】

確認 (チェック)欄	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者に届出意思を確認しました。 <input type="checkbox"/> 記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。
---------------	---

健康保険 被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	係

記入例

被保険者等		被保険者の氏名		生年月日			性別	異動の別	資格取得年月日			標準報酬月額		
記号	番号	(氏)	(名)	(昭・平・令)	年	月			日	(昭・平・令)	年		月	日
1	0	1	0	0	0	0	0	男	追加	6	3	4	1	
被保険者の住民票住所		〒111-1111 名古屋市〇〇区〇〇×-×-××		事業所の名称			東亜合成(株) 名古屋工場			所属		〇〇課		

※ 被保険者と同居又は別居のいずれかに○で囲み、被保険者と住民票住所が異なる場合は、住民票住所を記入してください。

被扶養者の氏名		生年月日			性別	続柄	被扶養者になった日			被扶養者から除かれた日			職業	追加・削除の理由					
(フリガナ)	(氏)	(昭・平・令)	年	月			日	(令和)	年	月	日	(令和)			年	月	日	月平均収入額	
ケンポ	ハナコ	健保	花子	4	8	1	0	2	5	男	妻	0	1	5	1			無職	退職のため
※被扶養者の住民票住所		同居・別居		被保険者と住民票住所が異なる場合に住民票住所を記入。			個人番号								保険証等返却		1.添付 2.減失*		

被扶養者の氏名		生年月日			性別	続柄	被扶養者になった日			被扶養者から除かれた日			職業	追加・削除の理由					
(フリガナ)	(氏)	(昭・平・令)	年	月			日	(令和)	年	月	日	(令和)			年	月	日	月平均収入額	
						男													
※被扶養者の住民票住所		同居・別居		〒			個人番号								保険証等返却		1.添付 2.減失*		

被保険者・事業所担当者は絶対に記入しないでください。

被扶養者の氏名		生年月日			性別	続柄	被扶養者になった日			被扶養者から除かれた日			職業	追加・削除の理由					
(フリガナ)	(氏)	(昭・平・令)	年	月			日	(令和)	年	月	日	(令和)			年	月	日	月平均収入額	
						男													
※被扶養者の住民票住所		同居・別居		〒			個人番号								保険証等返却		1.添付 2.減失*		

令和 年 月 日 提出

事業所	所在地	
	名称	
事業主氏名		
電話		

* 保険証等を紛失し返却不能の方は減失届けを提出下さい。
<COMPANY Web Service の申請もお願いします>

受付日付印

【事業主記載欄】

確認 (チェック)欄	<input checked="" type="checkbox"/>	被保険者に届出意思を確認しました。
	<input type="checkbox"/>	記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。