

健康保険 被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	担当

被 保 険 者 情 報	被保険者証の記号・番号	記号	番号 (枝番)	事業所の名称	会社名	
	被保険者の氏名				被保険者の生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日 生まれ
	被保険者の住所・電話	〒			収入 (年収)	・前年年収 ・年収見込み 万円
	資格取得日	1.昭和 2.平成 3.令和	年 月 日	被扶養者申請人数	増 減 名 名	届出時点の標準報酬月額

被 扶 養 者 情 報	申請区分	<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input checked="" type="checkbox"/> チェック		フリガナ			性別	男・女
	個人番号			氏名	(氏) (名)			
	生年月日・年齢	昭和 平成 令和	年 月 日	続柄	歳	今迄に加入していた健康保険と喪失日	1.健康保険の被保険者 2.家族の健康保険の被扶養者 3.国民健康保険 ( 年 月 日喪失 or 加入中)	
	住所	<input type="checkbox"/> 住所が被保険者と同じ ※被保険者と同居の場合は <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください。下記の記入は省略できます。						
	収入	前年年収 万円	直近の月収(月収見込) 円	今後の収入の有無	有・無	今後の収入予定の種類	1.給与 4.自営収入 7.その他 2.失業給付 5.不動産収入 ( ) 3.年金 6.利子配当 ※複数選択可	
	扶養されるようになった(増)・扶養されなくなった(減)日	年 月 日	理由				健保使用欄	年 月 日
	※扶養したい方と別居の場合は、下記ご記入ください。							
	送金	有・無	送金方法	振込・書留	送金額	円/月	別居世帯の人数と世帯全員分の生活費(月額)	名 円/月
	※扶養したい方が子の場合は、下記ご記入ください。							
	あなたの配偶者の有無	有の場合	配偶者の収入	有・無	前年年収	万円	直近の月収	円
	無の場合	状況 未婚・離婚・死別・離婚予定の別居						
※1月1日時点の住民票住所が、届出住所と違う場合は以下ご記入ください。								
1月1日時点住民票住所	〒							

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。

上記の通り提出いたします。

令和 年 月 日

事業主記入欄	郵便番号 〒	事業主 住所 名称 氏名
	社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

受付日付

健康保険 被扶養者(異動)届

被扶養者情報 2	申請区分	<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input checked="" type="checkbox"/> チェック		フリガナ				性別	男・女
	個人番号				氏名	(氏) (名)			
	生年月日・年齢	昭和 平成 令和 年 月 日			続柄				
	住所	<input type="checkbox"/> 住所が被保険者と同じ ※被保険者と同居の場合は <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください。下記の記入は省略できます。							
	収入	前年年収 万円	直近の月収(月収見込) 円	今後の収入の有無	有・無	今後の収入予定の種類	1.給与 4.自営収入 7.その他 2.失業給付 5.不動産収入 ( ) 3.年金 6.利子配当 ※複数選択可		
	扶養されるようになった(増)・扶養されなくなった(減)日	年 月 日		理由				健保使用欄	年 月 日
	※扶養したい方と別居の場合は、下記ご記入ください。								
	送金	有・無	送金方法	振込・書留	送金額	円/月	別居世帯の人数と世帯全員分の生活費(月額)	名	円/月
	※扶養したい方が子の場合は、下記ご記入ください。								
	あなたの配偶者の有無	有の場合	配偶者の収入	有・無	前年年収	万円	直近の月収	円	
	無の場合	状況 未婚・離婚・死別・離婚予定の別居							
※1月1日時点の住民票住所が、届出住所と違う場合は以下ご記入ください。									
1月1日時点住民票住所	〒								

被扶養者情報 3	申請区分	<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input checked="" type="checkbox"/> チェック		フリガナ				性別	男・女
	個人番号				氏名	(氏) (名)			
	生年月日・年齢	昭和 平成 令和 年 月 日			続柄				
	住所	<input type="checkbox"/> 住所が被保険者と同じ ※被保険者と同居の場合は <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください。下記の記入は省略できます。							
	収入	前年年収 万円	直近の月収(月収見込) 円	今後の収入の有無	有・無	今後の収入予定の種類	1.給与 4.自営収入 7.その他 2.失業給付 5.不動産収入 ( ) 3.年金 6.利子配当 ※複数選択可		
	扶養されるようになった(増)・扶養されなくなった(減)日	年 月 日		理由				健保使用欄	年 月 日
	※扶養したい方と別居の場合は、下記ご記入ください。								
	送金	有・無	送金方法	振込・書留	送金額	円/月	別居世帯の人数と世帯全員分の生活費(月額)	名	円/月
	※扶養したい方が子の場合は、下記ご記入ください。								
	あなたの配偶者の有無	有の場合	配偶者の収入	有・無	前年年収	万円	直近の月収	円	
	無の場合	状況 未婚・離婚・死別・離婚予定の別居							
※1月1日時点の住民票住所が、届出住所と違う場合は以下ご記入ください。									
1月1日時点住民票住所	〒								