

# 健康保険 被扶養者異動届

常務理事	事務長	係	係

※太枠内のみご記入ください。

被保険者証 記号・番号	記号	被保険者 氏名	フリガナ	性別	生年月日			資格取得年月日		
	番号				男・女	昭和 平成	年 月 日	年 月 日		
被保険者 の住所	〒			社員 番号	本人年取※		配偶者年取		標準報酬 月額 【健保欄】	千円
	電話番号：				約	約	万円	万円		

※入社して間もない場合は今後の年間取入見込額をご記入ください。

被扶養者の氏名	生年月日			性別	世帯	続柄	被扶養者になった日	被扶養者から除かれた日	職業	失業給付 の状況	年金の受給	理由				
	個人番号								年間取入見込額							
フリガナ (氏)	昭和 平成 令和	年	月	日	1. 男 2. 女	同居 別居	年	月	日	年	月	日	万円	1. 受給申請中 2. 受給終了 3. 受給延長中 4. 受給しない 5. 適用除外	有 ・ 無	
	個人 番号															
フリガナ (氏)	昭和 平成 令和	年	月	日	1. 男 2. 女	同居 別居	年	月	日	年	月	日	万円	1. 受給申請中 2. 受給終了 3. 受給延長中 4. 受給しない 5. 適用除外	有 ・ 無	
	個人 番号															
フリガナ (氏)	昭和 平成 令和	年	月	日	1. 男 2. 女	同居 別居	年	月	日	年	月	日	万円	1. 受給申請中 2. 受給終了 3. 受給延長中 4. 受給しない 5. 適用除外	有 ・ 無	
	個人 番号															
フリガナ (氏)	昭和 平成 令和	年	月	日	1. 男 2. 女	同居 別居	年	月	日	年	月	日	万円	1. 受給申請中 2. 受給終了 3. 受給延長中 4. 受給しない 5. 適用除外	有 ・ 無	
	個人 番号															

事業所 の 確 認	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電 話

〈注意事項〉

提出先 各人事担当課へ

提出期限 異動を生じた日から5日以内

添付書類 被扶養者現況表（増加の場合のみ）  
被扶養者現況表に記載の必要書類（増加の場合のみ）

被扶養者の増加の場合、申請する対象者のみ記入してください。

被扶養者の減少の場合、対象者の被保険者証を添付してください。

令和 年 月 日提出  
受付日付印