

# 健康保険 被扶養者異動届

確認	
<input type="checkbox"/>	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。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

常務理事	事務長	係	係

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
被保険者 の住所	〒			社員 番号	本人年収※1		配偶者年収		標準報酬 月額 【健保欄】	
	電話番号:				約	約	万円	万円		

※氏名の姓と名の間にスペースを入れてください。フリガナについては濁点・半濁点は一文字としてください。

※1入社して間もない場合は今後の年間収入見込額をご記入ください。

フリガナ										26文字目からこちらにご記入ください										
被扶養者 氏名										16文字目からこちらにご記入ください										
生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和	年	月	日	性別	男 ・ 女	世帯	同居 ・ 別居	続柄	(長男等)	個人 番号	扶養になった日 または除かれた日			職業	理由				
												追加 ・ 削除	令和	年	月	日	年間収入 見込額	万円		
フリガナ										26文字目からこちらにご記入ください										
被扶養者 氏名										16文字目からこちらにご記入ください										
生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和	年	月	日	性別	男 ・ 女	世帯	同居 ・ 別居	続柄	(長男等)	個人 番号	扶養になった日 または除かれた日			職業	理由				
												追加 ・ 削除	令和	年	月	日	年間収入 見込額	万円		
フリガナ										26文字目からこちらにご記入ください										
被扶養者 氏名										16文字目からこちらにご記入ください										
生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和	年	月	日	性別	男 ・ 女	世帯	同居 ・ 別居	続柄	(長男等)	個人 番号	扶養になった日 または除かれた日			職業	理由				
												追加 ・ 削除	令和	年	月	日	年間収入 見込額	万円		

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 異動が生じた日から5日以内
- 添付書類 追加の場合は被扶養者現況表と現況表に記載の必要書類  
削除の場合は被保険者証とその他発行された証(あれば)

資格喪失後にYG健康保険組合の被保険者証を使用した場合、医療費の返還請求をいたします。

個人番号の記入がない場合、情報照会依頼書もしくは(非)課税証明書の提出を求め場合がございます。

令和 年 月 日提出

受付日付印