

健康保険 被扶養者異動届

確認	
☐	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

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	本人年収※1		配偶者年収		標準報酬月額【健保欄】	千円		
	約		約										
				電話番号:	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	資格確認書発行要否		☐ 発行が必要					
	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	資格確認書発行要否		☐ 発行が必要					
	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	資格確認書発行要否		☐ 発行が必要					
	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															提出先	勤務先(原籍)担当部門										令和 年 月 日提出									
	事業所名称															提出期限	異動が生じた日から5日以内										受付日付印									
	事業主氏名															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																			
	電話																									削除の場合は、発行されている有効な証(健康保険証、資格確認書、高齢受給者証、限度額適用認定証等) 削除理由が失業給付受給開始による場合は、雇用保険受給資格者証の第1～4面の写し										
															資格喪失後にYG健康保険組合の資格で受診された場合、医療費の返還請求をいたします。																					
															マイナ保険証を保有している方は、資格確認書の交付対象外となります。																					