

健康保険 被扶養者異動 新規 増加 届 減少

常務理事	事務長	担当者

※異動届は5日以内に提出しなければなりません。太枠内を記入して下さい。

被 保 険 者 欄	被保険者証の記号・番号		氏 名	生年月日 年 月 日 () 歳			性 別	提 出 日	令 和 年 月 日
						男 女	事 業 所 名 代 表 者 名		
	住 所	〒							電 話 : ()

※配偶者に収入がある場合は、それぞれの源泉徴収票の写あるいは課税証明書（または確定申告書の写）を添付して下さい。

※新規・増加の場合、「18歳未満の子ならびに学生」以外については必ず「被扶養者状況届」および状況に応じて必要な添付書類を提出して下さい。

※減少の場合、必ず該当者の被保険者証を返却して下さい。また、異動の理由が「就職」の場合は、就職先の保険証の(写)を添付して下さい。(資格取得日確認のため)

被 扶 養 者 欄	フリガナ		性 別	生年月日			続 柄	職 業	世 帯 別	住 所		異動の理由	認定年月日 (健保使用欄)
	姓	名		(別居の場合に記入)		年 月 日							
	個人番号			※減少の場合は、個人番号の記載は必要ありません。									
			男・女	昭・平・令	年 月 日				同居 別居	〒		年 月 日	
	個人番号			※減少の場合は、個人番号の記載は必要ありません。									
			男・女	昭・平・令	年 月 日				同居 別居	〒		年 月 日	
	個人番号			※減少の場合は、個人番号の記載は必要ありません。									
			男・女	昭・平・令	年 月 日				同居 別居	〒		年 月 日	

この届に記載された情報は他に漏らすことはないとともに、被扶養者異動の目的以外に使用することはありません。