

正

健康保険被扶養者異動届

常務理事	事務長		担当

※健康保険組合ホームページの記入例にならって、太枠内のみご記入ください。押印は不要です。

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		氏名		年	月	日	平成・令和	年	月	日	
被保険者の 住所	〒		携帯電話	個人番号						標準報酬 月額 【健保組合記入欄】	千円	

異動の種類	被扶養者の氏名		生年月日			性別	世帯	続柄	職業	年間収入 見込額	年金の 受給	理由	被扶養者になった日 被扶養者でなくなった日			備考	
			被扶養者の個人番号										年	月	日		年
	フリガナ	(名)		年	月	日				万円		令和		年	月	日	
	(氏)																
	フリガナ	(名)		年	月	日				万円		令和		年	月	日	
	(氏)																
	フリガナ	(名)		年	月	日				万円		令和		年	月	日	
	(氏)																
	フリガナ	(名)		年	月	日				万円		令和		年	月	日	
	(氏)																

事業所の 確認	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電
	話

事業主	
<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記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

令和 年 月 日提出
受付日付印

副

健康保険 被扶養者認定 または 削除通知書

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		氏名		年	月	日	平成・令和	年	月
被保険者の 住所	個人番号			標準報酬 月額 【健保組合記入欄】			千円			

異動 の種類	被扶養者の氏名		生年月日			性別	世帯	続柄	職業	年間収入 見込額	年金の 受給	理由	被扶養者になった日 被扶養者でなくなった日			備考
			年	月	日								年	月	日	
	フリガナ	(氏)	(名)									令和				
	フリガナ	(氏)	(名)									令和				
	フリガナ	(氏)	(名)									令和				
	フリガナ	(氏)	(名)									令和				

うえのとおり認定または削除になりましたので通知します。

令和 年 月 日