

健康保険 被扶養者（異動）届

常務理事	事務長		担 当

年 月 日 提出				※扶養削除の場合は、被保険者証を添付してください。													
被保険者 記号・番号	記 号	番 号	被保険者 氏名	フリガナ				生年月日				性 別	資格取得年月日				
								昭和 ・ 平成	年	月	日	男 女	平成 ・ 令和	年	月	日	
社員番号																	
被保険者 住 所	〒						電 話	()						標準報酬 月 額		千円	

異動の種類	被 扶 養 者 の 氏 名		生 年 月 日		性別	続柄	職業 又は 学年	年間収入 見込額 (税込額)	世帯	扶養を始めた日 扶養をしなくなった日				理 由	認定及び削除年月日				備 考	
増加 ・ 減少	フリガナ		昭和 平成 令和	年	月	日	男 女			同居 ・ 別居	平成 ・ 令和	年	月	日	1.被保険者入社 2.出生 3.退職 4.結婚 5.就職 6.その他	令和	年	月	日	
	(氏)	(名)																		
	個人番号																			
資 格 確 認 書 発 行 要 否						☐ 資格確認書の発行を希望します														
増加 ・ 減少	フリガナ		昭和 平成 令和	年	月	日	男 女			同居 ・ 別居	平成 ・ 令和	年	月	日	1.被保険者入社 2.出生 3.退職 4.結婚 5.就職 6.その他	令和	年	月	日	
	(氏)	(名)																		
	個人番号																			
資 格 確 認 書 発 行 要 否						☐ 資格確認書の発行を希望します														
増加 ・ 減少	フリガナ		昭和 平成 令和	年	月	日	男 女			同居 ・ 別居	平成 ・ 令和	年	月	日	1.被保険者入社 2.出生 3.退職 4.結婚 5.就職 6.その他	令和	年	月	日	
	(氏)	(名)																		
	個人番号																			
資 格 確 認 書 発 行 要 否						☐ 資格確認書の発行を希望します														
増加 ・ 減少	フリガナ		昭和 平成 令和	年	月	日	男 女			同居 ・ 別居	平成 ・ 令和	年	月	日	1.被保険者入社 2.出生 3.退職 4.結婚 5.就職 6.その他	令和	年	月	日	
	(氏)	(名)																		
	個人番号																			
資 格 確 認 書 発 行 要 否						☐ 資格確認書の発行を希望します														

事業主 の 確 認	事 務 所 所 在 地
	事 務 所 名 称
	事 業 主 氏 名
	電 話 ()

- ◎太枠内のみご記入ください。
- ◎「資格確認書」の発行対象者は以下の場合のみです。
- ・マイナンバーカードを取得していない
 - ・マイナンバーカードを保有しているが、健康保険証利用登録をしていない
 - ・マイナンバーカードを紛失、更新中、または電子証明書の期限が切れている
 - ・マイナンバーカードの返納者、マイナンバーカードの利用解除申請者

受付日付印