

健康保険 被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	担 当

2019 年 × × 月 × × 日 提出															
被保険者 記号・番号	記 号	番 号	被保険者 氏名	フリガナ ケンポ タロウ				生年月日			性 別	資格取得年月日			
社員番号	1	1234		健 保 太 郎				昭和 平成	年 6	月 0	日 0	男 女	平成 令和	年 月 日	
被保険者 住 所	〒 212-8589 神奈川県川崎市幸区堀川町580番地							電話	03 (1234) 5678			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	扶養をし始めた日 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 ケンポ (氏) 健保 (名) ハナコ 花子	昭和 平成 令和 4 0 0 5 1 3	男 女	妻	無職	0	同居 ・ 別居	平成 令和 0 1 0 5 0 1	1.被保険者入社 2.出生 3.退職 4.結婚 5.就職 6.その他	年 月 日	例) 申請家族の退職
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 ケンポ (氏) 健保 (名) ケンタ 健太	昭和 平成 令和 0 1 0 6 1 0	男 女	二男	無職	0	同居 ・ 別居	平成 令和 0 1 0 6 1 0	1.被保険者入社 2.出生 3.退職 4.結婚 5.就職 6.その他	年 月 日	例) 子供の出生
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 ケンポ (氏) 健保 (名) イチロウ 一郎	昭和 平成 令和 0 5 0 5 0 5	男 女	長男	会社員		同居 ・ 別居	平成 令和 0 1 0 4 0 1	1.被保険者入社 2.出生 3.退職 4.結婚 5.就職 6.その他	年 月 日	例) 申請家族の就職
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 (氏)	昭和 平成 令和	男 女							年 月 日	
資格 確 認 書 発 行 要 否 ☐											

事業主 の 確 認	事務所所在地
	事務所名称
	事業主氏名
	電 話
事業主の証明欄	

【増加】
○入社時に被扶養者にしたい場合：被保険者の入社日
○子どもが生まれた場合：出生日
○申請家族の退職の場合：退職日の翌日
○失業給付受給終了の場合：受給終了日の翌日

【減少】
○就職、離婚、収入増、失業給付受給開始の場合

受付日付印