

健康保険 被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	係員	担当者

事業主記入欄	令和 ** 年 ** 月 ** 日
	被保険者からの届出であることを確認しました。 〒 -
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号 ()

確認者 (担当者印)	<input type="checkbox"/> 被保険者本人の届出意思を確認しました。
印	<input type="checkbox"/> 上記に <input checked="" type="checkbox"/> がある場合は、被保険者本人の押印を省略することができます。

健保受付印

資格確認書が必要な場合は、「資格確認書発行依頼理由書」を提出ください。

被保険者等記号 ***	氏名 (フリガナ) ○○○○ (氏) ○○○○ (名) ○○○○	生年月日 昭和 ** 年 * 月 * 日 平成	性別 男 女
被保険者番号 ****	<input type="checkbox"/> フリガナを記入してください。 住民票に記載されている住所を都道府県から記入してください。 ※住民票に記載されている住所をご記入ください (例：東京都中野区中野4丁目-10番-2号)	フリガナを記入してください。 住民票住所と居所が相違する場合、居所を都道府県から記入してください。	
登録するメールアドレス (健保からのお知らせ等が届きます) @			

氏名 (フリガナ) ○○○○ (氏) ○○○○ (名) ○○○○	続柄 *	生年月日 昭和 ** 年 * 月 * 日 平成	性別 男 女
マイナンバー * * * * *	新しく被扶養者になるとき、または新たに被扶養者になるときのみ記入してください。 同居 同居 別居 別居	<input type="checkbox"/> 別居の場合はその住所 被保険者と同居でも必ずチェックしてください。	
登録するメールアドレス (健保からのお知らせ等が届きます)	必ず、健(検)診等のお知らせが直接届きますので必ず記入してください。携帯、PCどちらでも可。 いづれかに○をつけてください。		
健保組合認定日 令和 ** 年 ** 月 ** 日	被扶養者になった日 令和 * * 年 * 月 * 日	扶養の理由	被扶養者の収入 *** 円
扶養加入最終日の翌日 令和 * * 年 * 月 * 日 (後期高齢者はその日)	被保険者証(資格確認書)回収日 令和 * * 年 * 月 * 日	被扶養者でなくなった理由	削除証明書 <input type="checkbox"/> 発行が必要 資格確認書 <input type="checkbox"/> 発行が必要

氏名 (フリガナ) ○○○○ (氏) ○○○○ (名) ○○○○	続柄 **	生年月日 昭和 ** 年 * 月 * 日 平成	性別 男 女
マイナンバー * * * * *	新しく被扶養者になるとき、または新たに被扶養者になるときのみ記入してください。 同居 同居 別居 別居	<input type="checkbox"/> 別居の場合はその住所	
扶養加入最終日の翌日 令和 * * 年 * 月 * 日	被保険者証(資格確認書)回収日 令和 * * 年 * 月 * 日	被扶養者でなくなった理由	削除証明書 <input type="checkbox"/> 発行が必要 資格確認書 <input type="checkbox"/> 発行が必要

氏名 (フリガナ) ○○○○ (氏) ○○○○ (名) ○○○○	続柄	生年月日 昭和 ** 年 * 月 * 日 平成	性別 男 女
マイナンバー * * * * *	配偶者以外 3人目は別紙に記入してください。 被保険者(届出者)欄に被保険者記号、被保険者番号、氏名を忘れずに記入してください。		
健保組合認定日 令和	被扶養者の職業	被扶養者の収入	削除証明書 <input type="checkbox"/> 発行が必要 資格確認書 <input type="checkbox"/> 発行が必要

社会保険労務士の提出 代理人名記入欄

健保組合の財源は、皆さんと事業主からいただいている保険料です。予防事業として健(検)診等を実施していますので、積極的に参加し、医療費の節減に協力してください。なお、一部の給付および家族健診やがん検診等の補助金は、在籍中に限り、事業主を通じて被保険者にお支払いします。また、健保組合からお問い合わせをする際は、電子メール・電話・FAX・手紙等で直接、もしくは事業所を通じてご連絡いたします。