

健康保険被扶養者（異動）届

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号番号	記号	番 号	フリガナ		資格確認書発行要否	性別	所 属 事業所	
				氏 名 (自 署)		☐ 発行が必要 ※別途、申請書が必要	男 ・ 女	生年月日	昭・平・令 年 月 日 生
	資 格 取 得 年 月 日	昭・平・令 年 月 日		住 所	〒 -				公費負担の有無・・・有 ・ 無 種類 ()

被 扶 養 者 と し て 届 出 る 者	続柄	氏 名		性別	生 年 月 日		収入の有無	同居・別居の別	住 所 (別居の場合は記入)		資格確認書発行要否	
		フリガナ		男 ・ 女	昭・平・令 年 月 日		有・無	同居・別居	〒 -		☐ 発行が必要 ※別途、申請書が必要	
	個人番号(12ケタ) ※記入例を参照ください。						年金受給の有無	公費負担の有無 (有 ・ 無)、種類・・・該当するものに○印				
								有 ・ 無	1. 乳幼児(子ども)医療、 2. 心身障害者(児)医療、 3. 特定医療費(指定難病)等、 4. ひとり親家庭等、 5. その他()			
	続柄	氏 名		性別	生 年 月 日		収入の有無	同居・別居の別	住 所 (別居の場合は記入)		資格確認書発行要否	
		フリガナ		男 ・ 女	昭・平・令 年 月 日		有・無	同居・別居	〒 -		☐ 発行が必要 ※別途、申請書が必要	
	個人番号(12ケタ) ※記入例を参照ください。						年金受給の有無	公費負担の有無 (有 ・ 無)、種類・・・該当するものに○印				
								有 ・ 無	1. 乳幼児(子ども)医療、 2. 心身障害者(児)医療、 3. 特定医療費(指定難病)等、 4. ひとり親家庭等、 5. その他()			
	続柄	氏 名		性別	生 年 月 日		収入の有無	同居・別居の別	住 所 (別居の場合は記入)		資格確認書発行要否	
		フリガナ		男 ・ 女	昭・平・令 年 月 日		有・無	同居・別居	〒 -		☐ 発行が必要 ※別途、申請書が必要	
	個人番号(12ケタ) ※記入例を参照ください。						年金受給の有無	公費負担の有無 (有 ・ 無)、種類・・・該当するものに○印				
								有 ・ 無	1. 乳幼児(子ども)医療、 2. 心身障害者(児)医療、 3. 特定医療費(指定難病)等、 4. ひとり親家庭等、 5. その他()			
	申請理由・・・該当するものに○印を付け、日付などを記入してください。											
	〔追加〕 1. 被保険者の入社 2. 出生 3. その他 〔 〕											
	〔削除〕 1. 就職 (資格取得日 令和 年 月 日) 2. 勤務先社保加入 (資格取得日 令和 年 月 日) 3. 収入限度額超過 4. 死亡 (死亡日 令和 年 月 日) 5. 離婚 (令和 年 月 日届出) 6. その他 ()											
認定年月日		令和 年 月 日				受 付 印						
削除年月日		令和 年 月 日										
公費等 登録年月日		令和 年 月 日										
常務理事		担 当 者						事 業 所 担 当 者				

〔注意事項〕 ・黒ボールペンで記入してください。被保険者氏名欄を自署していないものは受付できません。
・18歳以上の被扶養者申請には、別に被扶養者現況届および証明書類を添付してください。

常務理事	担 当 者	事 業 所 担 当 者		

