

健康保険 被扶養者（異動）届

常務理事	事務長		担当

被保険者本人が届書を作成した場合は、本人作成にチェックを入れてください。届出は必ず「住民票住所」を記入してください。

被保険者欄	被保険者等 記号・番号	記号	氏名	フリガナ	本人作成 の場合 チェック <input type="checkbox"/>	生年月日				性別	資格取得年月日		
	番号					昭和	年	月	日	男	平成	年	月
	住民票 住所	〒			単身赴任 有・無	電話	()				標準報酬 月額		千円

	増加又は 減少の別 ※どちらかに ○	(フリガナ)		性別	続柄	職業	収入	被保険者と 同居・別居	扶養されるようになった日 (増加の場合)		扶養されなくなった日 (減少の場合) ※死亡の場合は死亡日の翌日		理由		備考						
		氏名	生年月日						平成	令和	年	月	日	平成		令和	年	月	日	増加	減少
被扶養者	増減	フリガナ		男女				同居・別居	平成	令和	年	月	日	平成	令和	年	月	日	加入と同時 出生 婚姻 収入 退 職 その他	就 死 後 期 高 齢 者 の 他	職 増 亡 の 他
		住民票 住所	〒																		
		昭・平・令	年	月	日	個人番号 (マイナンバー)								資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/>	発行が必要					
被扶養者	増減	フリガナ		男女				同居・別居	平成	令和	年	月	日	平成	令和	年	月	日	加入と同時 出生 婚姻 収入 退 職 その他	就 死 後 期 高 齢 者 の 他	職 増 亡 の 他
		住民票 住所	〒																		
		昭・平・令	年	月	日	個人番号 (マイナンバー)								資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/>	発行が必要					
被扶養者	増減	フリガナ		男女				同居・別居	平成	令和	年	月	日	平成	令和	年	月	日	加入と同時 出生 婚姻 収入 退 職 その他	就 死 後 期 高 齢 者 の 他	職 増 亡 の 他
		住民票 住所	〒																		
		昭・平・令	年	月	日	個人番号 (マイナンバー)								資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/>	発行が必要					
被扶養者	増減	フリガナ		男女				同居・別居	平成	令和	年	月	日	平成	令和	年	月	日	加入と同時 出生 婚姻 収入 退 職 その他	就 死 後 期 高 齢 者 の 他	職 増 亡 の 他
		住民票 住所	〒																		
		昭・平・令	年	月	日	個人番号 (マイナンバー)								資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/>	発行が必要					

※日本国内に被扶養者の住民票がない場合、該当する下記の番号を備考欄に記入してください。

- ①外国に留学する者 ②外国に赴任する被保険者に同行する者 ③就労以外の目的で一時的に海外へ渡航する者 ④被保険者が海外に赴任している間に身分関係が発生し、②と同等である者

【事業主記入欄】事業主の確認により書類を作成した場合は、にチェックを入れてください。

届出にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。 届出にあたり、記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。

事業主の 確認	事務所所在地	〒
	事務所名称	
	事業主氏名	
	電話	

受付日付印

社会保険労務士記入欄