

記入例

健康保険 被扶養者（異動）届

常務理事	事務長		担当

この欄は、届出をする被保険者本人について記入してください。

被保険者証	記号	1	フリガナ ケンボ タロウ	被保険者氏名と印 健保 太郎	生年月日 昭和 年 月 日 平成 00 年 07 月 26 日	性別 男	資格取得年月日		
	番号	123△△					年	月	日
被保険者住所	〒 228-0000 〇〇県〇〇市1-2-3 〇〇マンション105号室				電話	00 (1234) 5678			標準報酬月額 千円

この欄は、増減する被扶養者について記入してください。

標準報酬月額の記載は不要です。

増加又は減少の別 ※どちらかに	(フリガナ) 氏名 生年月日	性別	続柄 ※長男・長女等具体的に	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
									増加	減少	
増	ケンボ ハナコ 00年 4月 1日生	男	妻	無職	0	同居・別居	平成 00 年 7 月 7 日	平成 年 月 日	加入と同時 出産 収入減 退職 その他	職増 亡者 その他	
	同居の場合は記入不要です。										
減	ケンボ イチロウ 00年 7月 1日生	男	父	無職	0	同居・別居	平成 年 月 日	平成 00 年 7 月 1 日	加入と同時 出産 収入減 退職 その他	職増 亡者 その他	
増		男				同居・別居	平成 年 月 日	平成 年 月 日	加入と同時 出産 収入減 退職 その他	職増 亡者 その他	
減		女				同居・別居	平成 年 月 日	平成 年 月 日	加入と同時 出産 収入減 退職 その他	職増 亡者 その他	

扶養家族「減」の場合は、届出と同時に「健康保険証」を返却して下さい。

事業主の確認	事務所所在地 〒
	事務所名称
	事業主氏名 印
	電話

社会保険労務士の提出代行者印	
	印

受付日付印