

# 健康保険被扶養者（異動）届

承認 伺	年 月 日 決裁		
	常務理事	事務長	担当

## 【申請者】

届出日 年 月 日

被 保 険 者 欄	被保険者証の 記号	被保険者証の 番号	所属名			備考
	(フリガナ) 氏名 (氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成	年 月 日	
	住民票 住所		〒 -			

## 【異動がある被扶養者について記入】

被 扶 養 者 欄	(フリガナ) 氏名 (氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	性別	1.男 2.女
	続柄	職業	収入 (年収)	円	住民票 住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒 -
	被扶養者 になった日	9.令和	年 月 日	被扶養者 から除か れた日	9.令和	年 月 日	理由
	個人番号	* * * * * * * * * * * * * *					
被 扶 養 者 欄	(フリガナ) 氏名 (氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	性別	1.男 2.女
	続柄	職業	収入 (年収)	円	住民票 住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒 -
	被扶養者 になった日	9.令和	年 月 日	被扶養者 から除か れた日	9.令和	年 月 日	理由
	個人番号	* * * * * * * * * * * * * *					
被 扶 養 者 欄	(フリガナ) 氏名 (氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	性別	1.男 2.女
	続柄	職業	収入 (年収)	円	住民票 住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒 -
	被扶養者 になった日	9.令和	年 月 日	被扶養者 から除か れた日	9.令和	年 月 日	理由
	個人番号	* * * * * * * * * * * * * *					
被 扶 養 者 欄	(フリガナ) 氏名 (氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	性別	1.男 2.女
	続柄	職業	収入 (年収)	円	住民票 住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒 -
	被扶養者 になった日	9.令和	年 月 日	被扶養者 から除か れた日	9.令和	年 月 日	理由
	個人番号	* * * * * * * * * * * * * *					

- この届出は被扶養者に異動が生じたときから5日以内に提出してください。
- 初めての被扶養者認定申請の場合は、事業主の指示に従って個人番号(マイナンバー)を届け出てください。  
「被扶養者認定に必要な提出書類一覧表」を参照し、異動日、収入等を証明する書類を添付してください。
- 被扶養者削除の届出の場合は、必ず該当者の保険証カードを添付してください。

受付年月日

事業所 所在地	事業所 担当者名 ( )
事業所 名称	
受付日	

社会保険労務士記載欄