

# 健康保険被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	担当者

※扶養から抜く場合は、個人番号を記載しないで下さい。

被 保 険 者 欄	被保険者証 の記号	被保険者証 の番号	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	取 得 年 月 日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	備考
		居住 住所	〒 -						
		住民票 住所	〒 -						

増 ・ 減	被 扶 養 者 欄	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
		個人番号									
		続柄	職業	雇用保険 給付	有・無	居住 住所 住民票 住所	1.同居 2.別居	別居の場合	〒 -	備考	
		被扶養者 になった日	7.平成 9.令和	年	月	日	被扶養者から 除かれた日	7.平成 9.令和	年	月	日

増 ・ 減	被 扶 養 者 欄	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
		個人番号									
		続柄	職業	雇用保険 給付	有・無	居住 住所 住民票 住所	1.同居 2.別居	別居の場合	〒 -	備考	
		被扶養者 になった日	7.平成 9.令和	年	月	日	被扶養者から 除かれた日	7.平成 9.令和	年	月	日

増 ・ 減	被 扶 養 者 欄	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
		個人番号									
		続柄	職業	雇用保険 給付	有・無	居住 住所 住民票 住所	1.同居 2.別居	別居の場合	〒 -	備考	
		被扶養者 になった日	7.平成 9.令和	年	月	日	被扶養者から 除かれた日	7.平成 9.令和	年	月	日

□この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。  
 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。  
 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

事業所 所在地	〒 -
事業所 名称	
事業主 氏名	
電話番号	( )

令和 年 月 日 提出 受付年月日

社会保険労務士の代行者印