

# 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	000	被保険者証の番号	000	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	0	0	年	5	月	1	日	性別	1.男	2.女	
	氏名	(フリガナ) ミツビシ (氏) <b>三菱</b>	(名) タロウ <b>太郎</b>	取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	0	0	年	4	月	1	日	備考				
	続柄		居住住所	〒 000 - 0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1													
			住民票住所	〒 000 - 0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1													

増・減 被 扶 養 者 欄	氏名	(フリガナ) ミツビシ (氏) <b>三菱</b>	(名) アイコ <b>愛子</b>	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	0	0	年	6	月	1	日	性別	1.男	2.女	
	個人番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	続柄	妻	職業	無職	雇用保険 給付	有・無	有	無	居住住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒 000 - 0000 〇〇県〇〇市〇〇町2-3					
					住民票住所	〒 000 - 0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1										
	被扶養者 になった日	7.平成 9.令和	0	年	7	月	1	日	被扶養者から 除かれた日	7.平成 9.令和	年	月	日	理由	退職	

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	1.同居 2.別居	別居の場合 〒					
					住民票住所	〒						
	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	理由	

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	1.同居 2.別居	別居の場合 〒					
					住民票住所	〒						
	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	理由	

☑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