

# 健康保険被扶養者（異動）届

令和 年 月 日提出

決		裁	

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	備考
	(フリガナ) 氏名	(名)	取得年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	収入(年収) 円
			住所					

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		
	続柄	職業	収入(年収) 円	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
	住民票住所	同上	〒	都道府県	市区町村	当該届出書の提出年1月1日の住所	同上	〒	都道府県	市区町村	備考
	被扶養者欄の住所と同じ場合、同上にチェックを入れてください。なお、その場合は隣の住所の記入は不要です。(他の被扶養者欄においても同様)										

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		
	続柄	職業	収入(年収) 円	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
	住民票住所	同上	〒	都道府県	市区町村	当該届出書の提出年1月1日の住所	同上	〒	都道府県	市区町村	備考
	被扶養者欄の住所と同じ場合、同上にチェックを入れてください。なお、その場合は隣の住所の記入は不要です。(他の被扶養者欄においても同様)										

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		
	続柄	職業	収入(年収) 円	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
	住民票住所	同上	〒	都道府県	市区町村	当該届出書の提出年1月1日の住所	同上	〒	都道府県	市区町村	備考
	被扶養者欄の住所と同じ場合、同上にチェックを入れてください。なお、その場合は隣の住所の記入は不要です。(他の被扶養者欄においても同様)										

【被保険者記載欄】 日本国内に被扶養者の住民票がない場合は、表紙の海外特例要件を確認いただき、該当する番号を備考欄に記載してください。

【事業主記載欄】 事業主の確認により添付書類又は本人押印・署名を省略した場合は、該当するものにチェックをしてください。

- 収入に関する証明の添付が省略されている者は、所得税法上の控除対象配偶者(※)又は控除対象扶養親族であることを確認しました。  
※ 年末調整の際「配偶者控除」に該当する予定の配偶者
- 被保険者との続柄(※)に関する証明書類が省略されている者については、続柄を確認しています。  
※ 内縁関係の場合は省略できません。
- 本人押印・署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	Ⓜ
電話番号	( )

受付日付印

令和 年 月 日

健康保険組合 殿

社会保険労務士の代行者印

Ⓜ