

健康保険 被扶養者（異動）届

- ★ この届を提出する際には「被扶養者現況届」と「添付書類」が必要です。必ず添付書類を揃えてご提出ください。
- ★ 個人番号は増の場合に記入ください。出生等で個人番号を未取得の場合はその旨記入し、取得後早急に届出ください。
- ★ 訂正は訂正箇所を2重線（＝線）で削除し訂正願います。（修正液等不可）

【被保険者】

被保険者(ご本人)の情報を記入

被保険者記号	被保険者番号	氏名	生年月日			
9999	1234567	健 保 太 郎	年号 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	年 55	月 10	日 10

【被扶養者】

扶養申請(増)、削除申請(減)されるご家族について記入

申請内容	続柄	氏名		性別	生年月日				同居又は別居
		(カナ)	(名)		年号	年	月	日	
<input type="checkbox"/> 増 <input checked="" type="checkbox"/> 減	※ 妻	ケンポ	ハナコ	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	60	3	3	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
		(姓) 健保	(名) 花子						
		個人番号							
事由発生理由			事由発生日			認定年月日			
<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 退職 <input checked="" type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡			<input type="checkbox"/> 平 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 令 4 4 1			喪失年月日			
<input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <input type="checkbox"/> 被保険者の入社									
<input type="checkbox"/> その他 ()									

※ 子の場合は、長男・二男等 詳細にご記入ください

申請内容	続柄	氏名		性別	生年月日				同居又は別居
		(カナ)	(名)		年号	年	月	日	
<input checked="" type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	※ 二男	ケンポ	ジロウ	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input checked="" type="checkbox"/> 令	5	5	5	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
		(姓) 健保	(名) 二郎						
		個人番号	5 6 7 8 5 6 7 8 5 6 7 8						
事由発生理由			事由発生日			認定年月日			
<input checked="" type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡			<input type="checkbox"/> 平 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 令 5 5 5			喪失年月日			
<input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <input type="checkbox"/> 被保険者の入社									
<input type="checkbox"/> その他 ()									

※ 子の場合は、長男・二男等 詳細にご記入ください

申請内容	続柄	氏名		性別	生年月日				同居又は別居
		(カナ)	(名)		年号	年	月	日	
<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	※			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
		(姓)	(名)						
		個人番号							
事由発生理由			事由発生日			認定年月日			
<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡			<input type="checkbox"/> 平 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令			喪失年月日			
<input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <input type="checkbox"/> 被保険者の入社									
<input type="checkbox"/> その他 (出産のため)									

※ 子の場合は、長男・二男等 詳細にご記入ください

【事業所】 以下を確認し、✓を記入

受付年月日

申請内容 書類が不備なく提出された日：令和 5 年 5 月 10 日

事業所確認欄	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記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。
<input checked="" type="checkbox"/>	

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 (代理人)	事業主
提出日	令和 5 年 5 月 15 日

事業所担当者	担当者
--------	------------

健保組合	担当者
------	-----