

常務理事	事務長	担当

## 健康保険被扶養者(異動)届

被 保 険 者 欄	記号	番号	氏名		生年月日	資格取得年月日 (入社年月日)
	12		印	確認欄 <input type="checkbox"/>	昭和 平成 令和 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日
	会社名		所属	被保険者住所		
従業員番号 <small>※事業主より指示があった場合のみ記入</small>	内線番号		備考			

▼  追加 ・  削除 どちらかに☑

被 扶 養 者 欄	氏名		続柄 (*1)	性別	生年月日	削除の場合のみ記入	
	(フリガナ)				昭和 平成 令和 年 月 日	削除理由	
	(氏) (名)			男 女		資格喪失証明書(*2)	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
	住所	同上	〒	住民票 住所	同上	〒	
当該届出書の 提出年1月1日の 住民票の住所	同上	〒	マイナンバー(個人番号):追加の場合のみ記入		※ 認定日	年 月 日	
				別紙:提供届に記載		※ 削除日	年 月 日

被保険者の住所と同じ場合、同上にチェックを入れてください。なお、その場合は住所の記入は不要です。(ほかの被扶養者欄においても同様)

▼  追加 ・  削除 どちらかに☑

被 扶 養 者 欄	氏名		続柄 (*1)	性別	生年月日	削除の場合のみ記入	
	(フリガナ)				昭和 平成 令和 年 月 日	削除理由	
	(氏) (名)			男 女		資格喪失証明書(*2)	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
	住所	同上	〒	住民票 住所	同上	〒	
当該届出書の 提出年1月1日の 住民票の住所	同上	〒	マイナンバー(個人番号):追加の場合のみ記入		※ 認定日	年 月 日	
				別紙:提供届に記載		※ 削除日	年 月 日

▼  追加 ・  削除 どちらかに☑

被 扶 養 者 欄	氏名		続柄 (*1)	性別	生年月日	削除の場合のみ記入	
	(フリガナ)				昭和 平成 令和 年 月 日	削除理由	
	(氏) (名)			男 女		資格喪失証明書(*2)	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
	住所	同上	〒	住民票 住所	同上	〒	
当該届出書の 提出年1月1日の 住民票の住所	同上	〒	マイナンバー(個人番号):追加の場合のみ記入		※ 認定日	年 月 日	
				別紙:提供届に記載		※ 削除日	年 月 日

個人情報の保護について:この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用致しません。

記入上 注意	(*1) 被保険者との続柄は「妻・長女・養女・継子(女)・母・義母」等 正確に記入して下さい。 (*2) 資格喪失証明書は国保等に加入する際に必要な書類です。
-----------	---

- この届書の他に、住民票等必要な証明書類を添付していただきます。現況届にて必要書類をご確認ください。
- 被扶養者を削除する場合は、該当者の被保険者証も添付して下さい。
- ご不明な点は、各事業所の社会保険担当 または健康保険組合までご連絡下さい。

確認欄	この届出については以下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、自署以外で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。 (←事業主の証明により、押印を省略する場合は、☑)
<input type="checkbox"/>	

-----  
受付日付印

上記の通り相違ないことを証明します。令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

印