

# 健康保険 被扶養者（異動）届

事業主記入欄	令和 ** 年 ** 月 ** 日	被保険者からの届出であることを確認しました。 〒 -	常務理事	事務長	係員	担当者
	事業所所在地	事業主印	健保受付印			
	事業所名称		<input type="checkbox"/> 被保険者本人の届出意思を確認しました。 上記に <input checked="" type="checkbox"/> がある場合は、被保険者本人の押印を省略することができます。			
	事業主氏名					
	電話番号					
確認者 (担当者印)	<input checked="" type="checkbox"/>					

被保険者・届出者	被保険者記号	氏名 (フリガナ)	〇〇〇〇	〇〇〇〇〇	生年月日	昭和 * * * * 年 * * 月 * * 日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	被保険者番号	氏名 (氏)	〇〇〇	〇〇〇〇	フリガナを記入してください。			
	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	住民票に記載されている住所を都道府県から記入してください。			
	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	住民票に記載されている住所をご記入ください (例: 東京都中野区中野4丁目-10番-2号)			

被扶養者 配偶者	氏名 (フリガナ)	〇〇〇〇	〇〇〇〇〇	続柄	*	生年月日	昭和 * * * * 年 * * 月 * * 日	性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>
	マイナンバー	新しく被扶養者になるとき、または新たに被扶養者になるときのみ記入してください。	同居 別居 の別	同居 別居	別居の場合はその住所	被保険者と同居でも必ずチェックしてください。			
	登録するメールアドレス (健保からのお知らせ等が届きます)	必ずずむ、健(検)診等のお知らせが直接届きますので必ず記入してください。携帯、PCどちらでも可。	いつれかに○をつけてください。						
	健保組合認定日	令和 * * 年 * * 月 * * 日	被扶養者になった日	令和 * * 年 * * 月 * * 日	扶養の理由	配偶者の就職 離職 収入減 その他	被扶養者の職業	***	被扶養者の収入

その他被扶養者 1	氏名 (フリガナ)	〇〇〇〇	〇〇〇〇〇	続柄	**	生年月日	昭和 * * * * 年 * * 月 * * 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
	マイナンバー	新しく被扶養者になるとき、または新たに被扶養者になるときのみ記入してください。	同居 別居	同居 別居	別居の場合はその住所	届出時にチェックがなく、後日要求された場合は、別途申請書を事業主が提出してください。保険証が回収されていない場合は回収の上、添付して申請してください。			
	被扶養者でなくなった日	令和 * * 年 * * 月 * * 日	保険証の回収日	令和 * * 年 * * 月 * * 日	被扶養者でなくなった理由	就職 (就職日) R * * 年 * * 月 * * 日 死亡 (死亡日) R * * 年 * * 月 * * 日 後期高齢者 (75歳の誕生日) R * * 年 * * 月 * * 日 その他 ( R * * 年 * * 月 * * 日)	削除証明書 証明書が必要な場合し点を	<input type="checkbox"/>	
	健保組合削除日	令和 * * 年 * * 月 * * 日	保険証の回収は被保険者経由で事業主が行ってください。被扶養者 (異動) 届に添付するときは、回収日を記入してください。回収日は削除日 (喪失日) 以降の日付です。						

その他被扶養者 2	氏名 (フリガナ)	〇〇〇〇	〇〇〇〇〇	続柄		生年月日	昭和 * * * * 年 * * 月 * * 日	性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	
	マイナンバー	新しく被扶養者になるとき、または新たに被扶養者になるときのみ記入してください。	同居 別居	同居 別居	別居の場合はその住所	配偶者の就職 離職 出生 その他	被扶養者の職業		被扶養者の収入	
	被扶養者でなくなった日	令和 * * 年 * * 月 * * 日	保険証の回収日	令和 * * 年 * * 月 * * 日	被扶養者でなくなった理由	就職 (就職日) R * * 年 * * 月 * * 日 死亡 (死亡日) R * * 年 * * 月 * * 日 後期高齢者 (75歳の誕生日) R * * 年 * * 月 * * 日 その他 ( R * * 年 * * 月 * * 日)	削除証明書 証明書が必要な場合し点を	<input type="checkbox"/>		
	健保組合削除日	令和 * * 年 * * 月 * * 日	配偶者以外 3人目は別紙に記入してください。 被保険者 (届出者) 欄 に 被保険者記号、被保険者番号、氏名を忘れずに記入してください。							

健保組合の財源は、皆さんと事業主からいただいている保険料です。予防事業として健(検)診等を実施していますので、積極的に参加し、医療費の節減に協力してください。なお、一部の給付および家族健診やがん検診等の補助金は、在籍中に限り、事業主を通じて被保険者にお支払いします。

令和5年12月8日現在