

# 健康保険 被扶養者（異動）届

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。

事業主  
所在地  
事業主  
名称  
事業主  
氏名  
電話番号

事業主印

常務理事	事務長	係員	担当者

健康受付印

確認者  
(担当者印)

被保険者本人の届出意思を確認しました。

上記に  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。

資格確認書が必要な場合は、「資格確認書発行依頼理由書」を提出ください。

被保険者等記号	氏名	(フリガナ) ○○○○ ○○○○ (氏) ○○○ (名) ○○○○	生年月日	昭和 * 年 * 月 * 日 平成 * * * * *	性別	男 女
被保険者番号	フリガナを記入してください。	フリガナを記入してください。	フリガナを記入してください。	フリガナを記入してください。	フリガナを記入してください。	フリガナを記入してください。
フリガナを記入してください。	フリガナを記入してください。	フリガナを記入してください。	フリガナを記入してください。	フリガナを記入してください。	フリガナを記入してください。	フリガナを記入してください。
フリガナを記入してください。	フリガナを記入してください。	フリガナを記入してください。	フリガナを記入してください。	フリガナを記入してください。	フリガナを記入してください。	フリガナを記入してください。
フリガナを記入してください。	フリガナを記入してください。	フリガナを記入してください。	フリガナを記入してください。	フリガナを記入してください。	フリガナを記入してください。	フリガナを記入してください。
フリガナを記入してください。	フリガナを記入してください。	フリガナを記入してください。	フリガナを記入してください。	フリガナを記入してください。	フリガナを記入してください。	フリガナを記入してください。

氏名	(フリガナ) ○○○○ ○○○○ (氏) ○○○ (名) ○○○○	続柄	*	生年月日	昭和 * 年 * 月 * 日 平成 * * * * *	性別	男 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 の場合し点をしてください。	被保険者と同居でも必ずチェックしてください。	被扶養者の収入	***円
配偶者	配偶者の就職 離職 収入減 その他	被扶養者の収入	***円	被扶養者の収入	***円	被扶養者の収入	***円
被扶養者	被扶養者でなくなった日	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 資格確認書	発行が必要 発行が必要	発行が必要 発行が必要	発行が必要 発行が必要

氏名	(フリガナ) ○○○○ ○○○○ (氏) ○○○ (名) ○○○○	続柄	**	生年月日	昭和 * 年 * 月 * 日 平成 * * * * *	性別	男 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 の場合し点をしてください。	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。保険料が回収されていなかった場合は回収の上、添付して申請してください。	被扶養者の収入	***円
被扶養者	被扶養者でなくなった日	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 資格確認書	発行が必要 発行が必要	発行が必要 発行が必要	発行が必要 発行が必要

氏名	(フリガナ) ○○○○ ○○○○ (氏) ○○○ (名) ○○○○	続柄		生年月日	昭和 * 年 * 月 * 日 平成 * * * * *	性別	男 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 の場合し点をしてください。		被扶養者の収入	***円
被扶養者	被扶養者でなくなった日	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 資格確認書	発行が必要 発行が必要	発行が必要 発行が必要	発行が必要 発行が必要

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6年11月20日現在