

健康保険 被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	係員	担当者

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。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

事業主

確認者
(担当者印)

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。

健保受付印

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)	〇〇〇〇	〇〇〇〇	生年月日	昭和	年	*	*	*	*	性別	男	女
被保険者番号	氏名 (氏)	〇〇〇	〇〇〇〇	生年月日	平成								
	住所	フリガナを記入してください。											
	住所	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。											
	住所	※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)											
	住所	フリガナを記入してください。											
	住所	住民票住所と居所が相違する場合、居所を都道府県から記入してください。											
	登録するメールアドレス	@											

氏名 (フリガナ)	〇〇〇〇	〇〇〇〇	続柄	*	生年月日	昭和	*	*	*	*	性別	男	女														
氏名 (氏)	〇〇〇	〇〇〇〇	続柄		生年月日	平成																					
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。																										
マイナンバー	同居																										
登録するメールアドレス	必ず、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。																										
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	***円
被扶養者でなくなった日	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	削除証明書	<input type="checkbox"/> 発行が必要													
健保組合削除日	令和	*	*	年	*	*	月	*	*	日	後期高齢者 (75歳の誕生日) R ** 年 ** 月 ** 日	資格確認書	<input type="checkbox"/> 発行が必要														
											その他 (R ** 年 ** 月 ** 日)	発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要														

氏名 (フリガナ)	〇〇〇〇	〇〇〇〇	続柄	**	生年月日	昭和	*	*	*	*	性別	男	女	
氏名 (氏)	〇〇〇	〇〇〇〇	続柄		生年月日	平成	*	*	*	*				
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。													
マイナンバー	同居													
被扶養者でなくなった日	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	削除証明書	<input type="checkbox"/> 発行が必要
健保組合削除日	令和	*	*	年	*	*	月	*	*	日	後期高齢者 (75歳の誕生日) R ** 年 ** 月 ** 日	資格確認書	<input type="checkbox"/> 発行が必要	
											その他 (R ** 年 ** 月 ** 日)	発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要	

氏名 (フリガナ)	〇〇〇〇	〇〇〇〇	続柄		生年月日	昭和	*	*	*	*	性別	男	女	
氏名 (氏)	〇〇〇	〇〇〇〇	続柄		生年月日	平成								
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。													
マイナンバー	同居													
被扶養者でなくなった日	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	削除証明書	<input type="checkbox"/> 発行が必要
健保組合削除日	令和	*	*	年	*	*	月	*	*	日	後期高齢者 (75歳の誕生日) R ** 年 ** 月 ** 日	資格確認書	<input type="checkbox"/> 発行が必要	
											その他 (R ** 年 ** 月 ** 日)	発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要	

社会保険労務士の提出 代理人名記入欄

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。