



# 健康保険被扶養者(異動)届

決		裁	
常務理事	事務長	課長	担当者

平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日提出

被 保 険 者	被保険者証の 記号と番号	第 00000000 号	氏名 と印	健保 太郎		<input checked="" type="checkbox"/> 離 職	生 年 月 日	明・大 昭・平	○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	性 別	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	
	住 所	〒 ○○ 県 ○○ 市 △△ 町 3-2-1						資 年 格 取 得 日	○○ 年 ○○ 月 ○○ 日			
	この届出を出す際の 標準報酬月額	○○ 千円		この届出を出す際の 総合取得月額	○○○○○○○ 円		※資 年 格 喪 失 日	○○ 年 ○○ 月 ○○ 日				
被 扶 養 者	氏 名	性別	生 年 月 日	続 柄	職 業	年間収入 見 込	年金受給の有無 有の場合は 年金額を記入 してください	同居・別 居 の 別	開始・終 了 の 別	扶養開始または 終了の年月日	扶養開始または 終了の理由	
	(フリガナ) ケンボ アイコ	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	明 大 昭 平 ○○ ○○ ○○	妻	無職	円	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 ( 円)	<input checked="" type="checkbox"/> 同・別	<input checked="" type="checkbox"/> 始・終	○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	結婚を機に退職	
	(フリガナ)		明 大 昭 平				( 円)					
	(フリガナ)		明 大 昭 平				( 円)					
	(フリガナ)		明 大 昭 平				( 円)					

事業所所在地	〒 000 - 0000
事業所名称	○○○○株式会社
事業主氏名	○○ ○○ <input checked="" type="checkbox"/> 印
電 話	000 ( 000 局) 0000 番

受付日付印

平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

健康保険組合理事長

- (注意事項)
- ※印欄は記入しないで下さい。
  - この届書を提出するときは健康保険被保険者証を添付して下さい。(資格取得時を除く)
  - 職業欄には文字にこだわらず小学六年、中学二年、高校三年、大学一年、ミシン内職、新聞配達、利子収入等具体的に記入して下さい。
  - 続柄欄には妻、内縁の妻、実父、妻の実父、長男、養母、妻の姉、弟等詳しく記入して下さい。
  - 理由欄には扶養になった或いはならなくなった理由として、結婚、出生、失業、家事手伝、不具廃疾、死亡、養子縁組等事実を具体的に記入して下さい。

副

健康保険被扶養者(異動)届

決 裁			
常務理事	事務長	課長	担当者

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日提出

被 保 険 者	被保険者証の 記号と番号	第 〇〇〇〇〇〇〇 号	氏 名 と 印	健保 太郎			印	生 年 月 日	明・大 昭・平	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日			性 別	男 女
	住 所	〒 〇〇 県 〇〇 市 〇〇 町 3-2-1						資 格 取 得 日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日					
	この届出を出す際の 標準報酬月額	〇〇 千円		この届出を出す際の 総合取得月額	〇〇〇〇〇〇 円		※ 資 格 喪 失 日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日						
被 扶 養 者	氏 名	性別	生 年 月 日		続 柄	職 業	年間収入 見 込	年金受給の有無 有の場合は 年金額を記入 してください	同居・別 居 の 別	開始・終 了 の 別	扶養開始または 終了の年月日	扶養開始または 終了の理由		
	ケンボ 健保	アイコ 愛子	男・女	明 大 昭 平	〇〇 〇〇 〇〇	妻	無職	円	有・無 ( 円)	同・別	始・終	〇 年 〇 月 〇 日 結婚を機に退職		
	#REF!	#REF!	男・女	明 大 昭 平		#REF!	#REF!	円	有・無 ( 円)	同・別	始・終	## 年 ## 月 ## 日 #REF!		
	#REF!	#REF!	男・女	明 大 昭 平		#REF!	#REF!	円	有・無 ( 円)	同・別	始・終	## 年 ## 月 ## 日 #REF!		
	#REF!	#REF!	男・女	明 大 昭 平		#REF!	#REF!	円	有・無 ( 円)	同・別	始・終	## 年 ## 月 ## 日 #REF!		

事業所所在地	〒 000 - 0000
事業所名称	〇〇〇〇株式会社
事業主氏名	〇〇 〇〇 (印)
電 話	000 ( 000 局) 0000 番

受付日付印

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日  
健康保険組合理事長