

常務理事	事務長	課長	係長	係員

## 健康保険 被扶養者(異動)届

受付印

事業主記入欄	事業所記号				<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>
	事業所所在地	〒			
	事業所名称				
	事業主氏名				
	電話番号				
社会保険労務士記載欄					
氏名等					

被保険者欄	被保険者番号		氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男女
	取得年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	住所	〒				
	個人番号										

配偶者が被扶養者になった場合は「該当」、被扶養者でなくなった場合は「非該当」を○で囲んでください。

被扶養者である	氏名	(フリガナ)	同居・別居	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄	夫妻	
	住所	〒 ※別居の場合のみ記入			個人番号						
	<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当	異動日	令和	年	月	日	理由	職業	月収	円	
	証回収日	令和	年	月	日	回収	資格確認書 発行要否	どちらか○で囲んでください。 必要・不要	備考		
※「非該当」の場合のみ記入											

配偶者以外の方が被扶養者になった場合は「該当」、被扶養者でなくなった場合は「非該当」を○で囲んでください。

被扶養者欄1	氏名	(フリガナ)	同居・別居	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別 (続柄)	男女 ( )	
	住所	〒 ※別居の場合のみ記入			個人番号						
	<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当	異動日	令和	年	月	日	理由	職業	月収	円	
	証回収日	令和	年	月	日	回収	資格確認書 発行要否	どちらか○で囲んでください。 必要・不要	備考		
※「非該当」の場合のみ記入											

被扶養者欄2	氏名	(フリガナ)	同居・別居	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別 (続柄)	男女 ( )	
	住所	〒 ※別居の場合のみ記入			個人番号						
	<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当	異動日	令和	年	月	日	理由	職業	月収	円	
	証回収日	令和	年	月	日	回収	資格確認書 発行要否	どちらか○で囲んでください。 必要・不要	備考		
※「非該当」の場合のみ記入											

被扶養者欄3	氏名	(フリガナ)	同居・別居	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別 (続柄)	男女 ( )	
	住所	〒 ※別居の場合のみ記入			個人番号						
	<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当	異動日	令和	年	月	日	理由	職業	月収	円	
	証回収日	令和	年	月	日	回収	資格確認書 発行要否	どちらか○で囲んでください。 必要・不要	備考		
※「非該当」の場合のみ記入											