

健康保険 被扶養者異動届

常務理事	事務長	当務者

(記入例を見て入力または記載して下さい)

被 保 険 者 欄	記号 番号	-	被保険者 氏名	①	生年月日		年	月	日
	取得年月日	年	月	日	標準報酬 月額	千円	現住所	〒	

被 扶 養 者 欄	(フリガナ) 被扶養者 氏名		続柄		性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	生年月日		年	月	日		
	届出内容	<input type="checkbox"/> 加入 ・ <input type="checkbox"/> 削除	届出理由		届出理由 発生日	令和	年	月	日	保険証の 添付	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	喪失 証明書	<input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 否
	同居別居 の別	<input type="checkbox"/> 同居 ・ <input type="checkbox"/> 別居	個人番号			職業		収入	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	年収			円
	現住所	〒						認定日 (健保記入欄)	令和	年	月	日	
	住民票 住所	〒						削除日 (健保記入欄)	令和	年	月	日	
	(フリガナ) 被扶養者 氏名		続柄		性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	生年月日		年	月	日		
	届出内容	<input type="checkbox"/> 加入 ・ <input type="checkbox"/> 削除	届出理由		届出理由 発生日	令和	年	月	日	保険証の 添付	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	喪失 証明書	<input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 否
	同居別居 の別	<input type="checkbox"/> 同居 ・ <input type="checkbox"/> 別居	個人番号			職業		収入	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	年収			円
	現住所	〒						認定日 (健保記入欄)	令和	年	月	日	
	住民票 住所	〒						削除日 (健保記入欄)	令和	年	月	日	
	(フリガナ) 被扶養者 氏名		続柄		性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	生年月日		年	月	日		
	届出内容	<input type="checkbox"/> 加入 ・ <input type="checkbox"/> 削除	届出理由		届出理由 発生日	令和	年	月	日	保険証の 添付	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	喪失 証明書	<input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 否
同居別居 の別	<input type="checkbox"/> 同居 ・ <input type="checkbox"/> 別居	個人番号			職業		収入	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	年収			円	
現住所	〒						認定日 (健保記入欄)	令和	年	月	日		
住民票 住所	〒						削除日 (健保記入欄)	令和	年	月	日		

事 業 所	上記の届出について、相違ないことを証明します。	令和	年	月	日	入力チェック	健保受付印
	所在地						
	名称						
事業主 氏名	①						