

※ 証明書類を添付 上記①の場合はスキャナーやスマホ撮影の画像データ可

## 健康保険被扶養者(異動)届

被保険者欄	被保険者証の記号・番号	記号	番号	フリガナ		社員番号	性別	生年月日	年 月 日	
	資格取得年月日	年 月 日		氏名						
			住所	〒 - TEL - -			この届を 出す際 の標準 報酬		この届を 出す際 の標準 報酬 以外の収入	

増減 の 区 分	フリガナ		性別	生年月日	続柄	同居別居 の別	職業	今後1年間の 収入見込額	扶養 理由および年月日	認定・抹消 年月日 保険者認定印
	氏名									
被 扶 養 者 欄				年 月 日		同居 別居*		千円/年	令和 年 月 日	
				年 月 日		同居 別居*		千円/年	令和 年 月 日	
				年 月 日		同居 別居*		千円/年	令和 年 月 日	
				年 月 日		同居 別居*		千円/年	令和 年 月 日	
※ 被扶養者が別居の場合の住所			〒 -							

事業 所 欄	上記のとおり相違ないことを証明します。
	所 在 地  事 業 所 名 事業主代理人氏名
印	
この届出については被保険者が作成したものである。	

受付印

健保組合使用欄		
常務理事	事務長	担当者