

健康保険被扶養者（異動）届

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号		被保険者等 番号		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	備考	
	氏名	(カナ)	(カナ)	取得 年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	収入 (年収)	円	
		(氏)	(名)								
住所	〒 _____										

被 扶 養 者 欄	氏名	(カナ)	(カナ)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男	2.女	
		(氏)	(名)									
	続柄	職業	収入 (年収)	円	住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒 _____					
	被扶養者 になった日	9.令和	年	月	日	被扶養者から除 かれた日	9.令和	年	月	日	理由	
	住民票 住所	同上	〒 _____			当該届出書の 提出年1月1日の 住所	同上	〒 _____			備考	
資格確認書発行要否		<input type="checkbox"/>	発行が必要		※「資格確認書」の発行が必要な場合、 <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい							

被扶養者欄の住所と同じ場合、同上にチェックを入れてください。なお、その場合は隣の住所の記入は不要です。(他の被扶養者欄においても同様)

被 扶 養 者 欄	氏名	(カナ)	(カナ)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男	2.女	
		(氏)	(名)									
	続柄	職業	収入 (年収)	円	住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒 _____					
	被扶養者 になった日	9.令和	年	月	日	被扶養者から除 かれた日	9.令和	年	月	日	理由	
	住民票 住所	同上	〒 _____			当該届出書の 提出年1月1日の 住所	同上	〒 _____			備考	
資格確認書発行要否		<input type="checkbox"/>	発行が必要		※「資格確認書」の発行が必要な場合、 <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい							

被 扶 養 者 欄	氏名	(カナ)	(カナ)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男	2.女	
		(氏)	(名)									
	続柄	職業	収入 (年収)	円	住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒 _____					
	被扶養者 になった日	9.令和	年	月	日	被扶養者から除 かれた日	9.令和	年	月	日	理由	
	住民票 住所	同上	〒 _____			当該届出書の 提出年1月1日の 住所	同上	〒 _____			備考	
資格確認書発行要否		<input type="checkbox"/>	発行が必要		※「資格確認書」の発行が必要な場合、 <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい							

事業所 所在地	〒 _____
事業所 名称	
事業主 氏名	
電話番号	(_____)

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 [受付年月日]

社会保険労務士記載欄