

店番	店名
----	----

# 健康保険被扶養者（異動）届

健康記入欄	常務理事	事務長	担当者

**重要** ※この届は必ず、各事業所（会社）の人事部（課）へ提出して下さい。  
（健保への送付は不可）

被保険者欄	被保険者証の記号	被保険者証の番号	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	備考			
	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)		取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	報酬月額	※健保で記入 千円	
		住所									
	配偶者の有無(○を付ける) ※配偶者を申請しない場合、要記入	有 →	配偶者氏名	(氏)	(名)	年齢	歳	職業	収入(年収)	万円	
	無 →	無の理由(○を付ける)			1. 未婚	2. 離婚	3. 死別				

## 追加・削除(変更)

被扶養者欄	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女	
		個人番号									
	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	〒	都道府県	市区町村	当該届出書の提出年1月1日の住所	同上	〒	都道府県	市区町村	備考

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)

## 追加・削除(変更)

被扶養者欄	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女	
		個人番号									
	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	〒	都道府県	市区町村	当該届出書の提出年1月1日の住所	同上	〒	都道府県	市区町村	備考

## 追加・削除(変更)

被扶養者欄	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女	
		個人番号									
	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	〒	都道府県	市区町村	当該届出書の提出年1月1日の住所	同上	〒	都道府県	市区町村	備考

【事業主記載欄】事業主の確認により添付書類を省略した場合は、該当するものにチェックをしてください。

収入に関する証明の添付が省略されている者は、所得税法上の控除対象配偶者(※)又は控除対象扶養親族であることを確認しました。

※ 年末調整の際「配偶者控除」に該当する予定の配偶者

被保険者との続柄(※)に関する証明書類が省略されている者については、続柄を確認しています。

令和 年 月 日 提出

※ 内縁関係の場合は省略できません。

事業所所在地	〒	-
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号	( )	

--

受付年月日