

健康保険 被扶養者異動届

常務理事	事務長	担当

◎太枠内のみご記入ください。

被保険者証の記号・番号	社員番号	被保険者 氏名	フリガナ				性別	生年月日				資格取得年月日			
			男 ・ 女	昭和 ・ 平成	年	月	日	平成 ・ 令和	年	月	日	年	月	日	
住所	〒 -					電話					標準報酬月額				
											千円				

異動の種類	被扶養者の氏名		生年月日			性別	世帯	続柄	職業 又は学年	年間収入 見込額	年金の 受給	※理由	被扶養者になった日又は 被扶養者から除かれた日			備考	
			昭和 平成 令和	年	月								日	令和	年		月
増加 ・ 減少	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 ・ 女	同居 ・ 別居		万円	有 ・ 無		令和	年	月	日	
増加 ・ 減少	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 ・ 女	同居 ・ 別居		万円	有 ・ 無		令和	年	月	日	
増加 ・ 減少	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 ・ 女	同居 ・ 別居		万円	有 ・ 無		令和	年	月	日	
増加 ・ 減少	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 ・ 女	同居 ・ 別居		万円	有 ・ 無		令和	年	月	日	

※理由欄には、理由と異動の生じた年月日を必ずご記入ください。

健康保険組合の認定日は原則、必要書類を揃えて事実発生日から一ヶ月以内に健保組合で受け付けた場合、事実日での認定になります。（出生の場合を除く。）
事実発生日から一ヶ月以上経過している場合は、健保組合受付日が認定日になります。

事業所の確認	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話
--------	--------------------------------

〈注意事項〉	
提出先	事業主（人事部門）を経由して健康保険組合へ
提出期限	増加・減少共に異動を生じた日から一ヶ月以内
添付書類	必要提出書類を必ず確認して下さい。
※被扶養者の減少の場合、対象者の被保険者証を添付ください。	

受付日付印