



本 社	部 門 名	
	従業員番号	

健康保険被扶養者（異動）届
〔 ☐ 結婚 ☐ 出産 ☐ 就職 ☐ 死亡 ☐ その他 〕

常務理事	事 務 長	係	

〇〇〇 添付書類記入等は二枚目の裏面を参照して下さい。
印欄は記入しないで下さい。
被保険者証を必ず添付してください。

事業所↓健康保険組合

健康保険事業所の記号				被保険者氏名・印・フリガナ			生 年 月 日			性 別		資 格 取 得 年 月 日			標 準 報 酬 月 額				
被保険者証の番号				(氏) (名) 印			大3 昭5 平7 年 月 日			男 1 女 2		昭 平 年 月 日			千円				
異動の別		追加1 削除2		被 保 険 者 の 住 所			〒												
フリガナ 異 動 者 の 氏 名		性 別		生 年 月 日			続 柄		世帯の別		扶養者となった日 または除かれた日			認 定 年 月 日			被 扶 養 者 の 異 動 理 由 及 現 況		
(氏) (名)		男 1 女 2		明1 大3 昭5 平7 年 月 日					同 居 別 居		平成 年 月 日			年 月 日			☐ 無職 ☐ 勤務していた ☐ 自営業 退職または廃業月日 年 月 日 会社名 () ☐ 失業保険 ☐ 受給しない ☐ 受給予定 ☐ 受給完了 年金収入 (円/年間) その他収入 (円/年間) 申請者が別居の場合 毎月の仕送り額 (円)		
		男 1 女 2		明1 大3 昭5 平7 年 月 日					同 居 別 居								理 由		
		男 1 女 2		明1 大3 昭5 平7 年 月 日					同 居 別 居										
		男 1 女 2		明1 大3 昭5 平7 年 月 日					同 居 別 居										

事業所所在地	
事業所名称	
事業主名	

印

平成 年 月 日提出
上記記載内容のとおり相違ありません。

所 属 事業所	
担 当	印

受 付 日 付 印