



健康保険被扶養者(異動)届

決 裁			
常務理事	事務長	担当者	担当者

※扶養終了の場合は、赤字でご記入ください。

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者	被保険者証の 記号と番号	第 号	氏 名	(印) (シヤハク可)				生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日			
	住 所	〒 ー						この届出を出す際 の標準報酬月額		千円			
被 扶 養 者	(フリガナ) 氏 名	性別	生 年 月 日			続柄	職 業	年間収入 見 込	年金受給の有無(有の 場合は年金額を記入)	同居別 居の別	開始終 了の別	扶養開始または 終了の年月日	扶養開始また は終了の理由
		男・女	昭 平 令	年	月	日		円	有・無 (円)	同・別	始・終	令和 年 月 日	
		男・女	昭 平 令	年	月	日		円	有・無 (円)	同・別	始・終	令和 年 月 日	
		男・女	昭 平 令	年	月	日		円	有・無 (円)	同・別	始・終	令和 年 月 日	
		男・女	昭 平 令	年	月	日		円	有・無 (円)	同・別	始・終	令和 年 月 日	
事業所所在地							(印)	注 意 事 項	1. この届出を提出するときは必要書類を添付してください。 扶養認定日は、必要書類が全て揃い健保組合にて受付けた日からとします。 2. 続柄欄には妻、実父、義父、長男、養母、弟等詳しく記入してください。 3. 理由欄には扶養になった、或いはならなくなった理由として、結婚、出生、障害、 死亡、養子縁組等事実を具体的に記入して下さい。 4. 年金受給者は直近の年金振込通知書(写)を添付して下さい。				
事業所名称													
事業主氏名													

(健保記入)

保険証返却