

# 健康保険被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	係長	係

健康保険被保険者証の記号	健康保険被保険者証の番号	被保険者の氏名		生年月日	性別	異動の別	資格取得年月日	標準報酬月額
123	45	(氏) 健保	(名) 太郎	昭平令 5 4 0 1 2 3	男	追加・削除(変更)	3 0 0 4 0 1	3 0 0
基礎年金番号又は手帳記号番号		郵便番号	被保険者の住所			被扶養者でない配偶者を有するときに記入してください。		
0 9 8 7 6 5 4 3 2 1		〇 〇 〇 〇 〇 〇	(フリガナ) オオサカシニシク〇〇〇マチ 大阪市西区〇〇町〇-〇-〇			配偶者の年間収入		被保険者の年間収入
							円	円

個人番号(削除の場合は記載不要)		被扶養者になった理由				被扶養者でなくなった理由			
1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3		ア. 被保険者が被用者保険制度に加入(国民年金→厚生年金保険) イ. 被保険者の所属する年金制度の変更(共済組合→厚生年金保険) ウ. 婚姻 エ. 離職 オ. 収入減少 カ. その他( )				① 就職 ② 収入増加 ③ 死亡 ④ その他( )			
認定印	被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	職業	収入	被扶養者になった日	被扶養者でなくなった日(死亡のときは翌日)	備考
	(フリガナ) ケンポ ハナコ (氏) 健保 花子	昭平令 6 0 0 4 1 6	男	妻	無職	無	3 0 0 4 0 1		取得同時
		郵便番号	住所(別居の場合のみ記入)			外国人区分	被扶養者通称名		
			(フリガナ)			0. 日本人 1. 米国人(強制) 2. 1以外の外国人	(フリガナ)		
		同居・別居							

認定印	被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	職業	収入	被扶養者になった日	被扶養者でなくなった日(死亡のときは翌日)	理由	住所(別居の場合のみ記入)
	(フリガナ) ケンポ イチロウ (氏) 健保 一郎	昭平令 2 2 0 3 1 9	男	長男	小学生	無	3 0 0 4 0 1		取得同時	個人番号(削除の場合は記載不要)
	(フリガナ) ケンポ イチコ (氏) 健保 一子	昭平令 2 9 0 9 0 1	女	長女		無	3 0 0 4 0 1		取得同時	8 7 6 5 4 3 2 1 2 3 4 5
	(フリガナ)	昭平令	男							4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 5 4
	(氏)		女							
	(フリガナ)	昭平令	男							
	(氏)		女							

上記のとおり、被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します。  
また、上記のとおり相違ないことを証明します。

〒 〇〇〇-〇〇〇〇 令和〇〇年〇〇月〇〇日提出

事業所所在地 大阪市西区〇〇〇

事業所名称 〇〇〇株式会社

事業主氏名 取締役社長〇〇 〇〇

電話 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇

令和 年 月 日提出

社会保険労務士の提出代行者

健康保険組合受付印

大阪機械工具商健康保険組合