

# 正 健康保険被扶養者（異動）届

常務理事	事務長					担当者

被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。

出生や海外からの転入により、新たに個人番号が発行される場合は、通知カードが届き次第、個人番号の提出をお願いします。

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	年	月	日	性別	1.男 2.女
	(フリガナ)	(名)	取 得 年 月 日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	標準 報酬 月額	千円
	氏名	(名)	住所	〒 -					

新たに扶養として認定する者または扶養から除かれる者の氏名等を記入してください。

配 偶 者 欄	(フリガナ)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	性別	1.男 2.女
	氏名	(名)	個人番号	〒 -					
	続柄	職業	収入 (年収)	約	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	認定理由	1.被保険者の就職 2.婚姻 3.離職 4.収入減少 5.その他( )		
被扶養者 から除かれ た日	9.令和	年	月	日	解除理由	6.就職 7.死亡(令和 年 月 日) 8.離婚 9.収入増加 10.その他( )			

そ の 他 の 被 扶 養 者 欄	(フリガナ)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女		
	氏名	(名)	個人番号	〒 -							
	続柄	職業	収入 (年収)	約	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

そ の 他 の 被 扶 養 者 欄	(フリガナ)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女		
	氏名	(名)	個人番号	〒 -							
	続柄	職業	収入 (年収)	約	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

そ の 他 の 被 扶 養 者 欄	(フリガナ)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女		
	氏名	(名)	個人番号	〒 -							
	続柄	職業	収入 (年収)	約	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

事業所 所在地	〒 -
事業所 名称	
事業主 氏名	(印)
電話 番号	( )

令和 年 月 日 提出

受付年月日

社会保険労務士記載欄

# 副 健康保険被扶養者（異動）届

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	年	月	日	性別	1.男 2.女
	氏名 (フリガナ)	(氏)	取 得 年 月 日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	標準 報酬 月額	千円
	住所								

新たに扶養として認定する者または扶養から除かれる者の氏名等を記入してください。

配 偶 者 欄	氏名 (フリガナ)	(氏)	生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	性別	1.男 2.女
	個人番号								
	続柄	職業	収入 (年収)	約	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	認定理由	1.被保険者の就職 2.婚姻 3.離職 4.収入減少 5.その他( )		
被扶養者 から除かれ た日	9.令和	年	月	日	解除理由	6.就職 7.死亡(令和 年 月 日) 8.離婚 9.収入増加 10.その他( )			

そ の 他 の 被 扶 養 者 欄	氏名 (フリガナ)	(氏)	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)	約	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

そ の 他 の 被 扶 養 者 欄	氏名 (フリガナ)	(氏)	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)	約	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

そ の 他 の 被 扶 養 者 欄	氏名 (フリガナ)	(氏)	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)	約	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

事業所 所在地	〒 -	
事業所 名称		
事業主 氏名	様	
電話 番号	( )	

令和 年 月 日 提出

- この通知書は、事業主が健康保険施行規則第34条により、完結の日から2年間保存しておかなければなりません。
- この通知書が、被保険者の届け出た事項と相違するときは、すみやかに、そのことを被保険者に通知してください。

大倉健康保険組合 理事長