

健康保険被扶養者(異動)届

この届出は、異動のあった日より「5日以内」に提出して下さい。

健・保・使・用・欄			
承認 伺	常務理事	事務長	担当責任者
			扱者

提出日	平成 年 月 日		事業所名		所属	メールNO	TEL
被保険者証	記号	番号					
フリガナ			フリガナ				
被保険者氏名	性別	男・女	生年月日	昭和・平成	年 月 日生	資格取得年月日	昭和・平成
							年 月 日 年収
被保険者住所	(〒 -)		TEL		あなたの配偶者が扶養家族となっていない場合、その年収		標準報酬月額
					<input type="checkbox"/> 扶養家族 <input type="checkbox"/> 扶養家族ではない		円 千円

届出区分	被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄	※職業	※被保険者との同居	※扶養することとなった年月日	扶養しなくなった年月日	扶養することとなった理由	子・孫申請時『○』	事業所担当者記入欄
					※年収		となった年月日	(死亡の時は死亡日の翌日を記入)	又は扶養しなくなった理由		
増	フリガナ	明・大	男・女	同居・別居			平成 年 月 日	平成 年 月 日	増の理由・・・出生・結婚・離職 雇用条件変更 減の理由・・・就職・死亡・収入増 その他の理由	児童手当受取 被保険者配偶者その他	家族手当 有・無 所得税控除 有・無 家族手当・所得税控除無理由
減	※住所(〒 -) <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ TEL - -				個人番号(12桁)				証返納日		証明書交付希望 資格・喪失
増	フリガナ	明・大	男・女	同居・別居			平成 年 月 日	平成 年 月 日	増の理由・・・出生・結婚・離職 雇用条件変更 減の理由・・・就職・死亡・収入増 その他の理由	児童手当受取 被保険者配偶者その他	家族手当 有・無 所得税控除 有・無 家族手当・所得税控除無理由
減	※住所(〒 -) <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ TEL - -				個人番号(12桁)				証返納日		証明書交付希望 資格・喪失
増	フリガナ	明・大	男・女	同居・別居			平成 年 月 日	平成 年 月 日	増の理由・・・出生・結婚・離職 雇用条件変更 減の理由・・・就職・死亡・収入増 その他の理由	児童手当受取 被保険者配偶者その他	家族手当 有・無 所得税控除 有・無 家族手当・所得税控除無理由
減	※住所(〒 -) <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ TEL - -				個人番号(12桁)				証返納日		証明書交付希望 資格・喪失
増	フリガナ	明・大	男・女	同居・別居			平成 年 月 日	平成 年 月 日	増の理由・・・出生・結婚・離職 雇用条件変更 減の理由・・・就職・死亡・収入増 その他の理由	児童手当受取 被保険者配偶者その他	家族手当 有・無 所得税控除 有・無 家族手当・所得税控除無理由
減	※住所(〒 -) <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ TEL - -				個人番号(12桁)				証返納日		証明書交付希望 資格・喪失

- ◎ 太枠欄のみ記入して下さい。(網掛け部分を除く)
- ◎ 添付書類については、添付書類一覧表でご確認下さい。
- ◎ 続柄は、「長男・養子・義母・養父」等と記入して下さい。
- ◎ 減申告の場合
 - ・ 該当者の保険証を必ず添付して下さい。(就職の場合、就職先の保険証写しも添付)
 - ・ ※印の欄は記入不要です。

健保記入欄
処理年月日 平成 . .

事業所担当者 受付印	健保受付印