

健康保険組合提出用

健康保険被扶養者（異動）届

受付印

記載日:令和 年 月 日

事業主記入欄

事業所整理記号

※この書類は必ず返信用封筒に入れてご返送ください

届出記入の個人番号等に誤りがないことを確認しました。

事業所所在地

〒 -

社会保険労務士記載欄

氏名等

事業主等受付年月日

令和 年 月 日

記入見本（扶養減の場合）

被保険者欄

記号

61〇〇

番号

〇〇〇

所属名

ロイヤルホスト〇〇店

社員番号

社員6桁・ｸｰﾙ10桁

氏名

フリガナケンコウ タロウ健康 太郎

生年月日

昭和平成令和 〇〇年〇〇月〇〇日

標準報酬月額

千円

住所

〒812 - 0893福岡市博多区那珂3丁目28番5号 ※住民票上の住所を記載

資格取得年月日

昭和平成令和 〇〇年〇〇月〇〇日

連絡先

- -

被扶養者欄①

氏名

フリガナケンコウ タモツ健康 保

生年月日

昭和平成令和 〇〇年〇〇月〇〇日

性別

男

続柄

長男

住所

同居

記入不要

別居の場合はその理由

別居

〒 -

被扶養者になった日(増)

令和 年 月 日

職業

1.無職2.パート3.年金受給者4.中学生以下5.高校以上の学生6.その他( )

収入額

円

理由

1.出生2.離職3.収入減4.同居5.その他( )

被扶養者でなくなった日(減)

令和 〇〇 〇〇 〇〇

理由

1.死亡2.就職3.収入増加4.75歳到達5.障害認定6.その他( )

備考

個人番号 ※扶養増のみ

※個人番号の記載がない場合、被扶養者認定に時間を要します  
※扶養減の場合、個人番号記載の必要はありません

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください（※下記理由以外での発行はできません）

☐ 下記の理由により資格確認書の発行を希望します

理由欄

☐ マイナンバーカードを紛失したため

☐ マイナンバーカードの更新手続き中のため

☐ マイナンバーカードの電子証明書の有効期限がきれているため

☐ マイナンバーカードを作っていないため

☐ マイナンバーカードを返納したため

☐ マイナ保険証による受診には第三者(介助者など)のサポートが必要なため

☐ マイナンバーカードの保険証への紐づけを解除したため

☐ 資格確認書を滅失・き損したため