

健康保険被扶養者（異動）届

令和 年 月 日提出

決		裁	
常務理事	事務長		扱者

被 保 険 者	保 險 証 記 号 号 番 番 号	氏 名 と 印	印	生 年 日 月	昭 和 平 成	年 月 日	性 別	男・女
	住 所				資 格 取 得 日 年 月 日	平 成 令 和	年 月 日	
	会 社 名				所 属 部 署 名			

下記の□にレチェックを入れてください。

被扶養者の新規追加（扶養に入れる）申請

被扶養者の削除（扶養からはずす）申請

※削除する家族の保険証を添付してください

（お持ちの方は限度額適用認定証・医療証も返却のこと）

被 扶 養 者	氏 名 (申請する家族のみ記入)		性 別	生 年 月 日			被 保 険 者 と の 続 柄	職 業 / 学 年	年 間 収 入 見 込 年 金 収 入 も 含 む		同 居 ・ 別 居 の 別	新 規 追 加 ま た は 削 除 の 理 由 と そ の 年 月 日		健 保 組 合 記 入 欄
	(フリガナ)			年	月	日			円	円		理 由	令 和	
			男	昭			長男・長女 等と記入			円	同居		令 和	
			女	平							円	同居		年 月 日
	*個人番号							(月収		円)	別居			
	(フリガナ)		男	昭						円	同居	理 由	令 和	
			女	平						円	同居		年 月 日	
	*個人番号							(月収		円)	別居			
	(フリガナ)		男	昭						円	同居	理 由	令 和	
			女	平						円	同居		年 月 日	
	*個人番号							(月収		円)	別居			
	(フリガナ)		男	昭						円	同居	理 由	令 和	
			女	平						円	同居		年 月 日	
	*個人番号							(月収		円)	別居			

* 新規追加申請の際は記入してください。