

健康保険被扶養者(異動)届

常務理事	担当

提出日を記入

被保険者の記号(3桁)番号(6桁)

提出日	令和 7 年 1 月 0 日	被保険者が記載内容に誤りがないことを確認したので申請します <input checked="" type="checkbox"/>					
①被保険者記号	999	②番号	999999	③事業所名	ABCD株式会社	チェックする	
個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3	④氏名	ケンポ 健保 タロウ 太郎	⑤生年月日	昭和 平成 62 年 7 月 20 日	⑥性別	男・女
(フリガナ)	ケンポ	タロウ	健保 太郎	⑦住所	(〒 559 - ××××) 電話(06) 〇〇〇〇 - ×××× 大阪市住之江区〇〇〇1-2-3	住民票と同一 <input checked="" type="checkbox"/>	

被保険者の個人番号

住民地に住民票があればチェックを入れる

④氏名	ケンポ 健保 アイ 愛	⑤生年月日	昭和 平成 令和 7 年 1 月 1 日	⑥性別	男(女)	資格確認書発行希望	<input type="checkbox"/>
個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 2 3 4	⑧続柄	長女	⑨職業		チェックした場合別途申請が必要です	
⑪世帯	同居 別居	⑫別居の場合	電話番号()	⑬事由発生日	平成 令和 1 年 1 月 1 日	住民票と同一 <input type="checkbox"/>	
⑭内容	増 減	⑮理由	1. 被保険者の就職 2. 出生 3. 結婚 4. 退職・収入減少 5. 雇用保険受給終了 6. 海外特例 7. その他() 1. 就職・収入増加 2. 離婚 3. 死亡 4. 雇用保険受給開始 5. 後期高齢者医療制度 6. その他()				

④氏名		⑤生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	⑥性別	男 女	資格確認書発行希望	<input type="checkbox"/>
個人番号		⑧続柄		⑨職業		⑩収入(年収)	万円
⑪世帯	同居 別居	⑫別居の場合	電話番号()	⑬事由発生日	平成 令和 年 月 日	健康保険	認定 / 削除 年 月 日
⑭内容	増 減	⑮理由	1. 被保険者の就職 2. 出生 3. 結婚 4. 退職・収入減少 5. 雇用保険受給終了 6. 海外特例 7. その他() 1. 就職・収入増加 2. 離婚 3. 死亡 4. 雇用保険受給開始 5. 後期高齢者医療制度 6. その他()				

④氏名		⑤生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	⑥性別	男 女	資格確認書発行希望	<input type="checkbox"/>
個人番号		⑧続柄		⑨職業		⑩収入(年収)	万円
⑪世帯	同居 別居	⑫別居の場合	電話番号()	⑬事由発生日	平成 令和 年 月 日	健康保険	認定 / 削除 年 月 日
⑭内容	増 減	⑮理由	1. 被保険者の就職 2. 出生 3. 結婚 4. 退職・収入減少 5. 雇用保険受給終了 6. 海外特例 7. その他() 1. 就職・収入増加 2. 離婚 3. 死亡 4. 雇用保険受給開始 5. 後期高齢者医療制度 6. その他()				

- 【注意事項】
- 異動内容によって添付書類が異なりますので注意してください。
 - 続柄は「妻」「長男」「二女」などをご記入ください。
 - 出生児の証明は住民票か母子手帳(出生証明欄)のコピーを添付してください。
 - 住民票住所と居住地住所が違う方は「住所変更届」を提出してください。

被保険者からの申請内容に間違いがないことを確認しましたので届出します。 令和 年 月 日 提出

受付年月日

事業所所在地	〒
事業所名称	事業主が証明し、健康保険組合へ提出します。
事業主氏名	
電話番号	