

【提出ルート】 本人 ⇒ 事業所健保事務担当者 ⇒ 健康保険組合  
健康保険被扶養者(異動)届

平成 年 月 日提出

常務理事	事務長	担当	担当

被保険者証の記号と番号	記号 — 番号	被保険者氏名	愛知	太郎	印	生年月日	昭平 43年 12月 25日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男
	88 — 1234								<input type="checkbox"/> 女
住所	〒476—0000				資格取得年月日	昭平 2年 4月 1日			
	東海市荒尾町〇〇1-1								
会社名	AICHI株式会社		会社所在地	〒476—0000 東海市荒尾町1丁目2番地					

■ 以下は、今回申請される方のみご記入下さい

区分	フリガナ 被扶養者氏名	性別	生年月日	続柄	<input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 長男 <input type="checkbox"/> 次男 <input checked="" type="checkbox"/> 長女 <input type="checkbox"/> 次女 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> その他( )	年間収入 見込	0	万円
<input checked="" type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	お子様が生まれた時	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	昭平 30年 6月 1日	年金受給の有無 (有の場合は年金額を記入してください)	( <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ) 円	扶養開始日または 終了日の翌日	平成 30年 6月 1日	
		同居・別居 の別	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	扶養または 終了の理由	<input type="checkbox"/> 結婚 <input checked="" type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 収入減 その他( )			
マイナンバー(個人番号)		1   2   3   4   5   6   7   8   9   0   0   0						
区分	フリガナ 被扶養者氏名	性別	生年月日	続柄	<input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 長男 <input checked="" type="checkbox"/> 次男 <input type="checkbox"/> 長女 <input type="checkbox"/> 次女 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> その他( )	年間収入 見込	250	万円
<input type="checkbox"/> 増 <input checked="" type="checkbox"/> 減	お子様が就職された時	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭平 8年 10月 15日	年金受給の有無 (有の場合は年金額を記入してください)	( <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ) 円	扶養開始日または 終了日の翌日	平成 30年 4月 1日	
		同居・別居 の別	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	扶養または 終了の理由	<input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 出生 <input checked="" type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 収入減 その他( )			
マイナンバー(個人番号)		( 未記入 )						

扶養から外れる場合は、必ず健康保険証を添付して下さい。

(注意事項)

1. ボールペンで記入し、書き損じた場合は訂正箇所には訂正印を押して下さい。
2. 年金受給者は年金額(年額)を記入して下さい。

健保受付印	事業所受付印