

正

健康保険被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	担当者

提出区分 新・増・再・減

被保険者証の記号・番号 00 0000	被保険者の氏名 (氏) 健保 (名) 太郎 (健保)	生年月日 3:大 5:昭 7:平	性別 1:男 2:女	報酬月額 千円	認定印
社員コード 00000000	被保険者の住所 〒000-0000 県市町1-1	所属部店名 株式会社			

フリガナ 被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	同居 別居 の別	職業	被扶養者の 月収 (収入の種類)	被扶養者になった日 は 又 ならなくなった日	扶養(減)理由
ケンポ ハナコ (氏) 健保 (名) 花子	1:明 3:大 5:昭 7:平	1:男 2:女	妻	同居 別居	パート	万円 (給与)	平成 年 月 日	結婚のため
(氏) (名)	1:明 3:大 5:昭 7:平	1:男 2:女		同居 別居		円 ()	平成 年 月 日	
(氏) (名)	1:明 3:大 5:昭 7:平	1:男 2:女		同居 別居		円 ()	平成 年 月 日	
(氏) (名)	1:明 3:大 5:昭 7:平	1:男 2:女		同居 別居		円 ()	平成 年 月 日	

平成 年 月 日提出

<注意事項>

- 新規取得のときは被扶養者全員、「増」のときは新しく届をする者のみ記入、「減」のときは扶養なくなった者を朱記してください。
- (収入の種類)欄には、給与・年金(厚生年金等)、利子・配当収入、商業、農業などと記入してください。
- 「扶養(減)理由」欄には、年 月 日出生・結婚・就職など、特に義務教育終了年齢以上の者は具体的に記入してください。高校生の場合は、学校名と卒業年月を記入してください。雇用保険の失業給付を受けるときは、受給日額と受給期間を記入してください。
- 大学・各種学校・予備校等に在学の場合は、在学証明書を添付してください。
- 18歳以上の者については、「生計維持調査表」を添付してください。

上記のとおり、被保険者により生計を維持され扶養されていることを証明します。

平成 年 月 日

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

受付日付印