

正・副	健康保険被扶養者（異動）届				常務理事	事務長	担当	担当
	認定	事業所		担当				

被保険者欄	①記号－番号	－	②氏名		③社員番号	
	④住所					

配偶者の状況	☐ 配偶者あり ☐ 扶養している（この用紙で届出中も含む） → ☐ 扶養していない → ☐ 収入あり（年収： 円） ※産休・育休中の場合は休職前の収入 ☐ その他（ ）					
	☐ 配偶者なし → ☐ 離婚（元配偶者からの送金）【あり（ 円/月）・なし】 ☐ 未婚 ☐ 死別					

被扶養者欄①	⑤続柄 【妻/長男/ 二女など】		⑥氏名	フリガナ	⑦性別	⑧生年 月日	昭 平 令	年	月	日
	⑨認定 年月日	令	年	月	日	⑩認定 事由	☐ 入社 ☐ 出生 ☐ 退職 ☐ 収入減 ☐ 結婚 ☐ 雇用保険受給終了 ☐ 収入逆転 ☐ その他（ ）			
	⑪同居の有無		☐ 同居 ☐ 別居 【 ☐ 単身赴任 ☐ 学生 ☐ その他 ※その他の場合は別居理由書添付】							
	⑫資格確認書の発行を希望します		☐	※ 健保記入欄 ※		令和	年 月 日			

被扶養者欄②	⑬続柄 【妻/長男/ 二女など】		⑭氏名	フリガナ	⑮性別	⑯生年 月日	昭 平 令	年	月	日
	⑰認定 年月日	令	年	月	日	⑱認定 事由	☐ 入社 ☐ 出生 ☐ 退職 ☐ 収入減 ☐ 結婚 ☐ 雇用保険受給終了 ☐ 収入逆転 ☐ その他（ ）			
	⑲同居の有無		☐ 同居 ☐ 別居 【 ☐ 単身赴任 ☐ 学生 ☐ その他 ※その他の場合は別居理由書添付】							
	⑳資格確認書の発行を希望します		☐	※ 健保記入欄 ※		令和	年 月 日			

被扶養者欄③	⑲続柄 【妻/長男/ 二女など】		⑲氏名	フリガナ	⑲性別	⑲生年 月日	昭 平 令	年	月	日
	㉑認定 年月日	令	年	月	日	㉒認定 事由	☐ 入社 ☐ 出生 ☐ 退職 ☐ 収入減 ☐ 結婚 ☐ 雇用保険受給終了 ☐ 収入逆転 ☐ その他（ ）			
	㉓同居の有無		☐ 同居 ☐ 別居 【 ☐ 単身赴任 ☐ 学生 ☐ その他 ※その他の場合は別居理由書添付】							
	㉔資格確認書の発行を希望します		☐	※ 健保記入欄 ※		令和	年 月 日			

事業主記入欄	事業所の所在地		受付印		確認印	
	名称					
	氏名					