

常務理事	事務長		担当

健康保険被扶養者（異動）届

(1. 加入 2. 削除)

(社員No.)

記入日: 令和 年 月 日

被保険者欄	被保険者証の記号	被保険者証の番号	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	備考	
	(フリガナ)	(氏)	(名)	資格取得年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	標準報酬月額 千円
	住所	〒					

被扶養者欄	(フリガナ)	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	性別	1.男 2.女
	(氏)	(名)	個人番号(12桁)			
	続柄	職業	収入(年収)	円	住所	1.同居 2.別居
	被扶養者 1. 加入日 2. 削除日	9. 令和	年 月 日	理由	別居の場合	〒

資格確認書 発行要否
 発行が必要

被扶養者欄	(フリガナ)	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	性別	1.男 2.女
	(氏)	(名)	個人番号(12桁)			
	続柄	職業	収入(年収)	円	住所	1.同居 2.別居
	被扶養者 1. 加入日 2. 削除日	9. 令和	年 月 日	理由	別居の場合	〒

資格確認書 発行要否
 発行が必要

被扶養者欄	(フリガナ)	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	性別	1.男 2.女
	(氏)	(名)	個人番号(12桁)			
	続柄	職業	収入(年収)	円	住所	1.同居 2.別居
	被扶養者 1. 加入日 2. 削除日	9. 令和	年 月 日	理由	別居の場合	〒

資格確認書 発行要否
 発行が必要

被扶養者欄	(フリガナ)	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	性別	1.男 2.女
	(氏)	(名)	個人番号(12桁)			
	続柄	職業	収入(年収)	円	住所	1.同居 2.別居
	被扶養者 1. 加入日 2. 削除日	9. 令和	年 月 日	理由	別居の場合	〒

資格確認書 発行要否
 発行が必要

令和 年 月 日 提出

受付年月日

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

社会保険労務士の代行者印	
	印

健康保険

扶養に入りたいときは 1.加入
扶養を外すときは 2.削除 を丸で囲む

常務	記入例	担当
----	------------	----

(1. 加入 2. 削除)

(社員No. 02035467)

記入日:令和 6 年 12 月 10 日

被保険者欄	被保険者証の記号	1	被保険者証の番号	789	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	56 07 08	備考	
	氏名	(フリガナ) ホケン (氏) 保健	(名) ジロウ 次郎	資格取得年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	11 04 01	標準報酬月額		千円
住所		〒 123-4567 神戸市●●区▲▲町8丁目9-10 Aマンション201号							

被扶養者欄	氏名	(フリガナ) ホケン (氏) 保健	(名) レイコ 麗子	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	59 10 11	性別	1.男 2.女	
	続柄	妻	職業	パート	収入(年収)	90万 円	住所	1.同居 2.別居	
被扶養者 1. 加入日 2. 削除日		9. 令和	06 12 15	理由	社員からパートへ切り替わり、収入減少のため			資格確認書 発行要否	<input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要

被扶養者欄	氏名	(フリガナ) ホケン (氏) 保健	(名) ハナコ 華子	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	19 12 20	性別	1.男 2.女	
	続柄	長女	職業	高校生	収入(年収)	0 円	住所	1.同居 2.別居	
被扶養者 1. 加入日 2. 削除日		9. 令和	06 12 15	理由	学生のため			資格確認書 発行要否	<input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	(名)	生年月日	5. 昭和	年 月 日	性別	1.男 2.女
	続柄	職業	収入(年収)	円	住所	1.同居 2.別居	備考	
被扶養者 1. 加入日 2. 削除日		9. 令和	理由				資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要

資格確認書が必要なご家族は
発行が必要に をいれてください

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	(名)	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	性別	1.男 2.女
	続柄	職業	収入(年収)	円	住所	1.同居 2.別居	備考	
被扶養者 1. 加入日 2. 削除日		9. 令和	理由				資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要

令和 年 月 日 提出 受付年月日

事業所所在地	記入不要
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

扶養を外すときは 削除対象の
ご家族の保険証の添付をお忘れなく

社会保険労務士の代行者印	印
--------------	---