正

常務理事	事務長		係員

健康保険被扶養者(異動)届

書類提出日　西暦　年　月　日

被保険者	被保険者証	記号	20**	氏名		生年月日	西暦　年　月　日
		番号	27**				
	住民票の住所	〒　－					

被扶養者	氏名	性別	続柄	生年月日	就業の有無	年間収入見込額	年金受給	開始・終了	扶養開始または扶養終了の年月日	開始・終了の理由	同居・別居を選択し住所を記入
	(フリガナ)			西暦　年　月　日		千円			西暦　年　月　日		(住民票の住所) (別居されている場合の住所)
	(フリガナ)			西暦　年　月　日		千円			西暦　年　月　日		(住民票の住所) (別居されている場合の住所)
	(フリガナ)			西暦　年　月　日		千円			西暦　年　月　日		(住民票の住所) (別居されている場合の住所)
	(フリガナ)			西暦　年　月　日		千円			西暦　年　月　日		(住民票の住所) (別居されている場合の住所)

事業主記入欄		
	事業所所在地	〒　－
	事業所名称	
	事業主氏名	

被保険者証の記号番号を記入した場合、**マイナンバーの記入は不要です。**
備考欄にマイナンバーを記載した場合は、
個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。
備考欄(　　)

受付印

注意事項
1.被扶養者の扶養終了にともなって届書を提出するときは、健康保険者証を返却して下さい。
2.続柄欄には妻、内縁の妻、実父、妻の実父、次男、孫、養母、妻の姉、弟等詳しく記入して下さい。
3.開始・終了の理由欄には、扶養になった、あるいはならなくなった理由として、結婚、出産、失業等、事実を具体的に記入して下さい。