

健康保険 被扶養者（異動）届（兼、国内居住要件届）

新たに被扶養者を追加申請する際は個人番号（マイナンバー）を必ずご記入下さい

常務理事	事務長		担当者

①健康保険証の記号	②健康保険証の番号	③被保険者氏名 (氏) (名)		④生年月日 昭.5 年 月 日 平.7		性別 1.男 2.女	⑤異動の別 1.追加 2.削除(変更)	⑥変更内容 ※2.削除(変更)の場合のみ 1.死亡 2.氏名変更(訂正) 3.生年月日訂正 4.性別訂正 5.住所変更 6.その他	
⑦被保険者住所 〒		資格取得日		昭和・平成・令和 年 月 日		標準報酬月額	千円	⑧国内居住要件	1 例外該当 2 非該当 3 変更

⑨被扶養者氏名		⑩生年月日		⑪性別	⑫続柄	⑬被扶養者になった日	⑭被扶養者から除かれた日	⑮職業・学年 ⑯月平均収入	⑰理由	⑱同居別居	・被扶養者住所(別居の場合) ・個人番号
(氏)	(名)	昭5 平7 令9	年 月 日	1.男 2.女		令和 年 月 日	令和 年 月 日	円		1.同居 2.別居	〒
(フリガナ)											個人番号
(氏)	(名)	昭5 平7 令9	年 月 日	1.男 2.女		令和 年 月 日	令和 年 月 日	円		1.同居 2.別居	〒
(フリガナ)											個人番号
(氏)	(名)	昭5 平7 令9	年 月 日	1.男 2.女		令和 年 月 日	令和 年 月 日	円		1.同居 2.別居	〒
(フリガナ)											個人番号
(氏)	(名)	昭5 平7 令9	年 月 日	1.男 2.女		令和 年 月 日	令和 年 月 日	円		1.同居 2.別居	〒
(フリガナ)											個人番号
(氏)	(名)	昭5 平7 令9	年 月 日	1.男 2.女		令和 年 月 日	令和 年 月 日	円		1.同居 2.別居	〒
(フリガナ)											個人番号

上記のとおり被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	印
電話番号	

社会保険労務士の提出代行者印	
	印

受付日付印

認定日 令和 年 月 日