

正  
副

# 健康保険 被扶養者(異動)届

常務理事 事務長 担当者

【申請ルート】本人 → 事業主(原籍会社) → 健康保険

**扶養取消の場合**

被保険者(本人)		資格取得年月日	令和	額	千円
記号	XXXX	番号	XXXXXX	届出内容	<input type="checkbox"/> 健保扶養へ追加 <input checked="" type="checkbox"/> 健保扶養を取消す
氏名	フリガナ ケンコウ タロウ 健康 太郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 XX年 YY月 ZZ日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
現住所	〒 XXX - XXXX	〇〇県〇〇市〇〇町 X-X-X			
住民票住所	〒 -	〇〇部〇〇課 XXX-XXX-XXXX			
<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ(記入不要)					

被扶養者(家族)		申請する方のみ記入(変更のない方は記入不要)			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 XX年 YY月 ZZ日
氏名	フリガナ ケンコウ ジロウ 健康 次郎	個人番号	※取消の際は記入不要			XXXXXXXXXX <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	〒	XXXX - XXXX			〇〇県〇〇市△△町 XXX-X
追加	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了 <input type="checkbox"/> 被保険者の入社 <input type="checkbox"/> その他( )	事由発生年月日	令和 年 月 日		健保記入欄 被扶養者になった日 令和 年 月 日	
取消	<input checked="" type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給開始 <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> その他( )	事由発生年月日	令和 XX年 YY月 ZZ日		被扶養者でなくなった日 令和 年 月 日	
資格喪失証明		<input type="checkbox"/> 要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要	保険証添付	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有 → 回収日 y/z	

被扶養者(家族)		申請する方のみ記入(変更のない方は記入不要)			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
氏名	フリガナ	個人番号	※取消の際は記入不要			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	〒	-			電話番号
追加	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了 <input type="checkbox"/> 被保険者の入社 <input type="checkbox"/> その他( )	事由発生年月日	令和 年 月 日		健保記入欄 被扶養者になった日 令和 年 月 日	
取消	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給開始 <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> その他( )	事由発生年月日	令和 年 月 日		被扶養者でなくなった日 令和 年 月 日	
資格喪失証明		<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	保険証添付	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有 → 回収日	

## 事業主記入欄

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  
電話

**事業主記入欄  
提出は事業主経由でお願いします**

受付年月日

事務処理 発信者印	事務処理 発信者印	事務処理 発信者印
--------------	--------------	--------------

住所、事業所名、事業主名/代理人名 はゴム印を使用してください。