

健康保険 被扶養者（異動）届（増加）

常務理事	事務長		担当

被保険者証等の 記号番号	フリガナ	被保険者 氏名と印	生年月日				性別	資格取得年月日			
			昭和 平成	年	月	日	男 女	平成 令和	年	月	日
被保険者 住 所	〒		電話	()			標準報酬 月 額	千円			
公費助成の有無	あなた(被保険者)は市区町村から医療証の交付をうけていますか		・いいえ ・はい ※市区町村から窓口負担について助成を受けている場合は、医療証(受給者証)の写しを添付してください。								
	(子を申請する場合は記入してください)あなた(被保険者)は配偶者がいますか		・いいえ ・はい (・すでに被扶養者である ・今回同時に扶養申請 ・配偶者は他健保に加入)								

異動 の別	被扶養者の氏名		生年月日			性別	続柄	職業又は 学年	年間予定収入 (税込額)	世帯	別居の場合は住所記入	扶養をし始めた日			
	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月							日	令和	年	月
増加	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		円	同居 別居	〒	令和	年	月	日
	個人番号							資格確認書の発行要否	<input type="checkbox"/> 資格確認書の発行を希望します	住民票住所 被保険者と同じ場合は記入不要	都道 府県	市区 町村			
			<input type="checkbox"/> 市区町村から医療証の助成をうけていますか			・いいえ ・はい ※市区町村から窓口負担について助成を受けている場合は、医療証(受給者証)の写しを添付してください。									

異動 の別	被扶養者の氏名		生年月日			性別	続柄	職業又は 学年	年間予定収入 (税込額)	世帯	別居の場合は住所記入	扶養をし始めた日			
	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月							日	令和	年	月
増加	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		円	同居 別居	〒	令和	年	月	日
	個人番号							資格確認書の発行要否	<input type="checkbox"/> 資格確認書の発行を希望します	住民票住所 被保険者と同じ場合は記入不要	都道 府県	市区 町村			
			<input type="checkbox"/> 市区町村から医療証の助成をうけていますか			・いいえ ・はい ※市区町村から窓口負担について助成を受けている場合は、医療証(受給者証)の写しを添付してください。									

異動 の別	被扶養者の氏名		生年月日			性別	続柄	職業又は 学年	年間予定収入 (税込額)	世帯	別居の場合は住所記入	扶養をし始めた日			
	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月							日	令和	年	月
増加	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		円	同居 別居	〒	令和	年	月	日
	個人番号							資格確認書の発行要否	<input type="checkbox"/> 資格確認書の発行を希望します	住民票住所 被保険者と同じ場合は記入不要	都道 府県	市区 町村			
			<input type="checkbox"/> 市区町村から医療証の助成をうけていますか			・いいえ ・はい ※市区町村から窓口負担について助成を受けている場合は、医療証(受給者証)の写しを添付してください。									

事業主の 確認	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電 話

年 月 日提出
社会保険労務士の提出代行印
受付日付印