

健康保険 被扶養者（異動）届 【記入例】 出生以外の子の扶養追加

枠内を記入してください（選択個所は○で囲む）。書き損じは訂正印にて訂正ください。

常務理事	事務長	事務次長	担当

保険証 記号 - 番号	被保険者の氏名		生年月日	性別	資格取得日	標準報酬月額
1 - 1230△	(フリガナ) ケンポ ハナコ (氏) 健 保	(名) 花 子	昭和・平成 50 年 5 月 10 日	男 ・ 女	年 月 日	千円
被保険者住所						携帯 TEL
〒 456-0△□▽ 東京都品川区○▽町 7 丁目 8-9 □□マンション 101 号室						090-1234-****

区分	被扶養者の氏名		続柄	生年月日	年齢	性別	収入	扶養開始/削除日	扶養開始/削除の理由	居住
追加・ 削除	(フリガナ) ケンポ イチロウ (氏) 健 保	(名) 一 郎	子・妻・夫・父・母 その他()	昭和・平成・令和 15 年 4 月 15 日	17	男 ・ 女	あり ・ なし	令和 2 年 4 月 1 日	被保険者の取得 ・ 出生 ・ 婚姻・離婚・就職・退職 ・ 収入の減少・その他	同居 ・ 別居
	(別居の場合) 住所			備考						
〒										
年 月 日										
追加・ 削除	被扶養者の氏名		続柄	生年月日	年齢	性別	収入	扶養開始/削除日	扶養開始/削除の理由	居住
追加・ 削除	(フリガナ)	(フリガナ)	子・妻・夫・父・母 その他()	昭和・平成・令和		男 ・ 女	あり ・ なし	令和	被保険者の社会保険加入時の場合は資格取得日 ・ 離婚による場合は離婚年月日	同居 ・ 別居
	(氏)	(名)		年 月 日				年 月 日	収入の減少・その他	
(別居の場合) 住所			備考							
〒										
年 月 日										

扶養開始日(扶養の事実が発生した日)
・被保険者の社会保険加入時の場合は資格取得日
・離婚による場合は離婚年月日
※届出が遅れた場合は受付日の認定になることがあります。

■上記の個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用いたしません。

受付印

事業主	上記の通り相違ありません。 提出日： 年 月 日	提出代行者
	印	