

# 健康保険 被扶養者（異動）届 【記入例】 配偶者・父母などの扶養追加（給与/自営業/不動産等の収入あり）

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 63年 5月 10日	男・女 ○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 タロウ (氏) 健保	(名) 太郎	子・妻・夫・父・母 その他( ) (別居の場合) 住所	昭和・平成・令和 1年 8月 3日	30	男・女 ○男	あり・なし ○あり	令和 2年 6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 ○同居
追加・削除			(別居の場合) 住所					備考	認定 / 削除	
追加・削除			(別居の場合) 住所						認定 / 削除	
追加・削除			(別居の場合) 住所						認定 / 削除	

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
- 結婚して扶養家族となる場合は婚姻日
- 被扶養者が退職した場合は退職日の翌日
- 被扶養者の収入が減少した場合は雇用契約変更日など

※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。

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
	印	

受付印