

健康保険被扶養者（異動）届

以下の事項をすべて記入・捺印の上、所属事業所の健康保険担当者へ提出ください。

被保険者欄	被保険者証の記号	203	被保険者証の番号	0000	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	0	5	0	1	0	1	備考	
	(フリガナ)	スミモ	(氏)	タロウ	取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	0	6	0	1	0	1	収入(年収)	
	氏名	住友	(名)	太郎	住所	〒 530-0005 大阪市北区中之島3-2-18								

被扶養者欄①	(フリガナ)	スミモ	(氏)	ハナコ	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	1	1	1	1	1	1	性別	1.男 2.女
	氏名	住友	(名)	花子	個人番号									
	続柄	妻	職業	主婦	収入(年収)	0円	住所	1.同居 2.別居	別居の場合	〒	-			
	被扶養者になった日	9.令和	0	6	0	1	0	1	被扶養者から除かれた日	9.令和			理由	退職し、収入130万円未満のため
	住民票住所	同上	〒	都道府県	市区町村	資格確認書発行要否	☒	発行が必要	備考					

被扶養者欄の住所と同じ場合、同上にチェックを入れてください。なお、その場合は隣の住所の記入は不要です。(他の被扶養者欄においても同様)

被扶養者欄②	(フリガナ)	スミモ	(氏)	ケンボ	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	0	6	0	1	0	1	性別	1.男 2.女
	氏名	住友	(名)	健保	個人番号									
	続柄	長男	職業		収入(年収)	円	住所	1.同居 2.別居	別居の場合	〒	-			
	被扶養者になった日	9.令和	0	6	0	1	0	1	被扶養者から除かれた日	9.令和			理由	出生のため
	住民票住所	同上	〒	都道府県	市区町村	資格確認書発行要否	☒	発行が必要	備考					

被扶養者欄③	(フリガナ)		(氏)		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和							性別	1.男 2.女
	氏名		(名)		個人番号									
	続柄		職業		収入(年収)	円	住所	1.同居 2.別居	別居の場合	〒	-			
	被扶養者になった日	9.令和							被扶養者から除かれた日	9.令和			理由	
	住民票住所	同上	〒	都道府県	市区町村	資格確認書発行要否	☐	発行が必要	備考					

事業所所在地	〒	-
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号	()	

年 月 日 提出			受付年月日	
常務理事	事務長	係員		
社会保険労務士の代行者印				
				印