

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	0	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) 氏名	スミモ 太郎	(氏) 住友	(名) 太郎	取 得 年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	0	6	0	1	0	1	収入 (年収)	
	住所													〒 530-0005 大阪市北区中之島3-2-18

被扶養者欄 ①	氏名	(フリガナ)	スミモ	(名)	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
		個人番号													
	続柄	妻	職業	主婦	収入 (年収)	200万円	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	年	月	日	被扶養者 から除か れた日	9.令和	0	6	0	1	0	1	理由	(例) 収入増・就職
	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	氏名	(フリガナ)		(名)		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和							性別	1.男 2.女
		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	年	月	日	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	

被扶養者欄 ③	氏名	(フリガナ)		(名)		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和							性別	1.男 2.女
		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	年	月	日	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	(印)
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)