

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		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和		年		月		日	備考	
	氏名	(フリガナ)			取 得 年月日	5.昭和 7.平成 9.令和		年		月		日	収入 (年収)	
		(氏)		(名)		住所	〒							

被扶養者欄①	氏名	(フリガナ)			生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和		年		月		日	性別	1.男 2.女				
		(氏)		(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		年		月		日	被扶養者から除かれた日	9.令和		年		月		日	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)			生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和		年		月		日	性別	1.男 2.女				
		(氏)		(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		年		月		日	被扶養者から除かれた日	9.令和		年		月		日	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)			生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和		年		月		日	性別	1.男 2.女				
		(氏)		(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		年		月		日	被扶養者から除かれた日	9.令和		年		月		日	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

住友倉庫健康保険組合