健康保険被扶養者異動届（取得・喪失・更新）

令和　　年　　月　　日 提出

健康保険組合押印欄			
常務理事	事務長	事務次長	担当

被保険者	所属		健康保険証の　記号 － 番号	事務所所在地 事業所名称 事業主氏名
	氏名		ー	
	住民票上の住所	〒	日中連絡のとれる電話番号 ー　　ー	印

被扶養者	フリガナ / 氏名	生年月日	続柄（妻・長男長女等）	性別	申請事由（結婚・出生・離職・就職等） / 異動年月日	職業 / 月平均収入	住民票上の住所（同居・別居に〇印） / 個人番号（マイナンバー・12ケタ）（注）取得の場合のみ記入
		昭和 平成 令和　年　月　日		男 女	令和　年　月　日		同居・別居　〒 個人番号（マイナンバー） ※取得の場合のみ記入
		昭和 平成 令和　年　月　日		男 女	令和　年　月　日		同居・別居　〒 個人番号（マイナンバー） ※取得の場合のみ記入
		昭和 平成 令和　年　月　日		男 女	令和　年　月　日		同居・別居　〒 個人番号（マイナンバー） ※取得の場合のみ記入

確認欄		
	右記を確認後、チェックをつけてください ☐	この届出については、①又は②の要件を満たしている。 ①申請者本人（被保険者）が作成した。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認した。

①異動届に添付する書類は別紙を参照してください。

健康保険組合押印欄			
エクセル		KOSMO	
入力日	入力担当印	入力日	入力担当印
／		／	