健康保険被扶養者異動届（取得・喪失・更新）　　＜記　入　例＞

令和　　年　　月　　日 提出

被保険者	所　属	○　○　部	健康保険証の　記号 － 番号	事務所所在地	
	氏　名	共同　太郎	2148 － 2010000	事業所名称	
	住民票上の住所	〒	日中連絡のとれる電話番号 －　　－	事業主氏名	印

	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○印） / 個人番号(マイナンバー・12ケタ)（注)取得の場合のみ記入
被扶養者	ｷｮｳﾄﾞｳ 共同	ﾊﾅｺ 花子	昭和 平成 令和 ●年 ●月 ●日	妻	男 女	結婚 令和 ●年 ●月 ●日	無職 0	同居・別居 〒 個人番号(マイナンバー) ※取得の場合のみ記入　1234 ●●●● ●●●●
	ｷｮｳﾄﾞｳ 共同	ｲﾁﾛｳ 一郎	昭和 平成 令和 ●年 ●月 ●日	長男	男 女	出生 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　0123 ●●●● ●●●●
			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。