

# 健康保険被扶養者異動届(取得・喪失・更新)

常務理事	事務長		担当

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者	所属					健康保険証の 記号 - 番号	事業所 所在地  事業所 名称  事業主 氏 名	印	
	氏名					-			
	住所	〒				日中連絡のとれる電話番号			-
被 扶 養 者	フリガナ	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)	職 業	住所(同居・別居に○印、別居の場合は住所を記入)		
	氏 名				異動年月日		月平均収入	個人番号(マイナンバー) (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。						
	<input type="checkbox"/>		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。

エクセル	担当	大和総研	入力担当印
/		/	