

健康保険被扶養者異動届(取得・喪失・更新)

<記入例>

常務理事	事務長		担当

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者	所属	〇〇部		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	共同 太郎		2148 - 2010000					
	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			
	キョウドウ	ハナコ	昭和 平成 令和	●年 ●月 ●日	妻	男 女	結 婚	無 職	同居・別居 〒
	共同	花子	●年 ●月 ●日				令和 ●年 ●月 ●日	0	個人番号(マイナンバー) ※取得の場合のみ記入 1234 ●●●●●●●●
	キョウドウ	イチロウ	昭和 平成 令和	●年 ●月 ●日	長男	男 女	出 生		同居・別居 〒
共同	一郎	●年 ●月 ●日				令和 ●年 ●月 ●日		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			同居・別居 〒	
						令和 年 月 日		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 <input type="checkbox"/>			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。

エクセル	担当	大和総研	入力担当印
/		/	