

健康保険被扶養者(異動)届

減少用

常務理事	事務長	担当者

被 保 険 者 欄	記号	番号	(フリガナ) 氏名 (氏) (名)		生年 月日	昭・平・令	年	月	日
	取得 年月日	昭・平・令	年	月	日	住民票 住所	〒 - *住民票の住所を記入してください		

被 扶 養 者 欄 1	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	生年 月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女	続柄	(例)長男	(健保記入) 削除年月日
	理由	1, 就職 4, 離婚 7, 失業保険受給 2, 収入増 5, 扶養異動 8, 後期高齢者 3, 結婚 6, 死亡 9, その他()						令和 年 月 日				

被 扶 養 者 欄 2	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	生年 月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女	続柄	(例)長男	(健保記入) 削除年月日
	理由	1, 就職 4, 離婚 7, 失業保険受給 2, 収入増 5, 扶養異動 8, 後期高齢者 3, 結婚 6, 死亡 9, その他()						令和 年 月 日				

被 扶 養 者 欄 3	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	生年 月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女	続柄	(例)長男	(健保記入) 削除年月日
	理由	1, 就職 4, 離婚 7, 失業保険受給 2, 収入増 5, 扶養異動 8, 後期高齢者 3, 結婚 6, 死亡 9, その他()						令和 年 月 日				

令和 年 月 日提出

事 業 所 記 入 欄	<input type="checkbox"/> この届出については①または②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。	
	事業所	所在地
	事業所	事業主名

受付年月日

記入方法

○被保険者欄

- ・ 記号・番号 : ①「マイナポータル」、②「資格情報のお知らせ」、③「資格確認書(健康保険証)」に記載されている記号・番号を記入してください。
- ・ 取得年月日 : ①「マイナポータル」、②「資格情報のお知らせ」、③「資格確認書(健康保険証)」に記載されている取得年月日を記入してください。
- ・ 住民票住所 : 住民票の住所を記入してください。

○被扶養者欄

- ・ 続柄 : 被保険者との続柄を「妻」、「長男」、「長女」、「父」、「母」等と記入してください。
- ・ 理由 : 被扶養者ではなくなった理由を○で囲んでください。