

正

健康保険被扶養者（異動）届

平成 年 月 日 提出

事業主記入欄
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号
事業主等受付年月日

常務理事 事務長 課長 係長 担当者

社会保険労務士記載欄
氏名等

A 被保険者欄
① 被保険者証 ② (フリガナ) ③ 生年月日 ④ 性別 ⑤ 個人番号 ⑥ 住所 ⑦ 資格取得年月日 ⑧ 収入(年収)

配偶者が被扶養者(第3号被保険者)になった場合は「該当」を、被扶養者でなくなった場合は「非該当」を○で囲み、記入してください。

B 配偶者である被扶養者欄(第3号被保険者)
① 第3号被保険者に関し、以下のとおり提出します。
平成 年 月 日
② 生年月日 ③ 性別 ④ 個人番号 ⑤ 外国籍 ⑥ 外国人通称名 ⑦ 住所 ⑧ 電話番号 ⑨ 被扶養者(第3号被保険者)になった日 ⑩ 理由 ⑪ 職業 ⑫ 収入(年収) ⑬ 被扶養者(第3号被保険者)でなくなった日 ⑭ 理由 ⑮ 備考 ⑯ 証回収区分 ⑰ 認定欄

⑯ 被扶養者でない配偶者を有するときに記入してください。 配偶者の収入(年収) 円

配偶者以外の方が被扶養者になった場合は「該当」を、被扶養者でなくなった場合は「非該当」を○で囲み、記入してください。

C その他の被扶養者欄1
① (フリガナ) ② 生年月日 ③ 性別 ④ 続柄 ⑤ 個人番号 ⑥ 住所 ⑦ 被扶養者になった日 ⑧ 職業 ⑨ 収入(年収) ⑩ 理由 ⑪ 被扶養者でなくなった日 ⑫ 理由 ⑬ 備考 ⑭ 証回収区分 ⑮ 認定欄

C その他の被扶養者欄2
① (フリガナ) ② 生年月日 ③ 性別 ④ 続柄 ⑤ 個人番号 ⑥ 住所 ⑦ 被扶養者になった日 ⑧ 職業 ⑨ 収入(年収) ⑩ 理由 ⑪ 被扶養者でなくなった日 ⑫ 理由 ⑬ 備考 ⑭ 証回収区分 ⑮ 認定欄





