

健康保険 被扶養者（異動）届

※扶養削除の場合は、
被保険者証を添付して
ください。

2024.4改定

常務理事			担当

被保険者証の 記号番号	—										被保険者 氏名	フリガナ	生年月日			性別	資格取得年月日			
個人番号													昭和 平成	年	月	日	男 女	平 令	年	月
被保険者 住 所	住民票 〒										被保険者の配偶者の有無（有・無）（有の場合は収入額記入）						標準報 酬月額	千円		
	住所										※1	昨年の年間収入							円/年	
	居所住所 〒										配偶者の収入 (年金等を含む)					円/月				
	※2										電話番号 ()									

被扶養者の氏名		生 年 月 日			性別	続柄	職業 又は 学年	年間予定収入 (税込額)	世帯	被扶養者になった日 (増)			被扶養者で なくなった日 (減)			理由	備考		
フリガナ		昭和 平成 令和	年	月	日	男・女		円	同居 別居	令和	年	月	日	令和	年	月	日		
(姓)	(名)					個人 番号													
フリガナ		昭和 平成 令和	年	月	日	男・女		円	同居 別居	令和	年	月	日	令和	年	月	日		
(姓)	(名)					個人 番号													
フリガナ		昭和 平成 令和	年	月	日	男・女		円	同居 別居	令和	年	月	日	令和	年	月	日		
(姓)	(名)					個人 番号													
フリガナ		昭和 平成 令和	年	月	日	男・女		円	同居 別居	令和	年	月	日	令和	年	月	日		
(姓)	(名)					個人 番号													
フリガナ		昭和 平成 令和	年	月	日	男・女		円	同居 別居	令和	年	月	日	令和	年	月	日		
(姓)	(名)					個人 番号													

事業主の 確認	所在地	任意継続被保険者
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	

※1.	添付書類	配偶者が無職・・・(非)課税証明書 勤務している・・・源泉徴収票(写)、給与明細書写し(直近3か月分) 年金受給者・・・年金通知書(写)
-----	------	--

※2・・・マイナンバー連携のため住民票住所、居所住所それぞれ記入してください。令和 年 月 日提出
同一の場合、居所住所は同上としてください。