



健康保険被扶養者（異動）届

事業所の所在地
名 称
代 表 者 氏 名



被保険者の氏名	昭和 年 月 日 平成	被保険者の住所	生年月日	昭平 年 月 日生	標準報酬月額	千円	被保険者証記号番号	
							記号 ()	番号 ()
増減別	フリガナ 被扶養者の氏名	性別	生年月日	※ 続柄	職業及び収入	同居・別居の区別	扶養又は削除の理由	扶養又は削除の事実が発生した日
増		男女	昭平 年 月 日			同居 別居	退職・婚姻・出生 就職・離婚・死亡 高齢者医療・高齢者医療(障害)	年 月 日
減		男女	昭平 年 月 日			同居 別居	退職・婚姻・出生 就職・離婚・死亡 高齢者医療・高齢者医療(障害)	年 月 日
増		男女	昭平 年 月 日			同居 別居	退職・婚姻・出生 就職・離婚・死亡 高齢者医療・高齢者医療(障害)	年 月 日
減		男女	昭平 年 月 日			同居 別居	退職・婚姻・出生 就職・離婚・死亡 高齢者医療・高齢者医療(障害)	年 月 日
増		男女	昭平 年 月 日			同居 別居	退職・婚姻・出生 就職・離婚・死亡 高齢者医療・高齢者医療(障害)	年 月 日
減		男女	昭平 年 月 日			同居 別居	退職・婚姻・出生 就職・離婚・死亡 高齢者医療・高齢者医療(障害)	年 月 日
増		男女	昭平 年 月 日			同居 別居	退職・婚姻・出生 就職・離婚・死亡 高齢者医療・高齢者医療(障害)	年 月 日
減		男女	昭平 年 月 日			同居 別居	退職・婚姻・出生 就職・離婚・死亡 高齢者医療・高齢者医療(障害)	年 月 日

●異動のあった日から五日以内に届出してください。

- [注意] 1. 扶養の届出(増)する場合は、必ず次ページの「被扶養者現況届」を記載してください。3人以上の場合は、現況届をコピーして届出してください。
 2. 資格取得または異動のあった都度(5日以内)提出のこと。[被扶養者が医療機関で受診できるのは、「組合が認定した日」からです。]
 3. 続柄欄には、「戸籍上の続柄」どおり正確に記載してください。
 4. 「妻・実子以外の者」を扶養する場合は、「世帯全体の住民票」(続柄の省略のないもの)を添付してください。
 5. 女子の被保険者が、この届出をする場合は「世帯全員の住民票」(続柄の省略のないもの)を添付してください。
 6. 扶養又は削除の理由については、該当する理由を○で囲んでください。
 または、他の理由の場合は、その理由を記載してください。
 7. 扶養又は削除の事実が発生した日は、誤りのないよう必ず記載してください。
 8. 被保険者証(家族)の回収区分については、該当する事項を○で囲んでください。
 滅失の際は、必ず滅失届を添付してください。

※印は記載しないでください。

常務理事	事務長	次 長	課 長	係 長	係 員

