

出生

正

※提出は、正・副の2部必要

健康保険被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	担当

2021年 5月 10日 提出

被保険者欄	被保険者証の記号	10	被保険者証の番号	1111	取得年月日	2007年 4月 1日	
	氏名	(フリガナ) シナガワ タロウ (氏名) 品川 太郎			生年月日	1985年 7月 7日	
	住所	〒 141 - 0001 東京都品川区大崎 * - * - *			標準報酬月額	千円	

被扶養者欄	氏名	(フリガナ) シナガワ (氏) 品川	(名) ヒロト 大翔	生年月日	2021年 5月 5日		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 1.男 2.女	
				続柄	長男	職業	年間収入見込	円	
	<input checked="" type="checkbox"/> 1.同居 <input type="checkbox"/> 2.別居	別居の場合 〒			年金受給	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>			
	被扶養者になった日	2021年 5月 5日		理由	出生	住民票住所	同上 <input checked="" type="checkbox"/>	都道府県	市区町村
	被扶養者から除かれた日	年 月 日				当該届出書の提出年1月1日の住所	同上 <input type="checkbox"/>	都道府県	市区町村

※ 被扶養者欄の住所と同じ場合、同様にチェックを入れてください。なお、その場合は隣の住所の記入は不要です。(他の被扶養者欄においても同様)

被扶養者欄	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	年 月 日		性別	1.男 2.女	
				続柄		職業	年間収入見込	円	
	<input type="checkbox"/> 1.同居 <input type="checkbox"/> 2.別居	別居の場合 〒			年金受給	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>			
	被扶養者になった日	年 月 日		理由		住民票住所	同上 <input type="checkbox"/>	都道府県	市区町村
	被扶養者から除かれた日	年 月 日				当該届出書の提出年1月1日の住所	同上 <input type="checkbox"/>	都道府県	市区町村

被扶養者欄	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	年 月 日		性別	1.男 2.女	
				続柄		職業	年間収入見込	円	
	<input type="checkbox"/> 1.同居 <input type="checkbox"/> 2.別居	別居の場合 〒			年金受給	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>			
	被扶養者になった日	年 月 日		理由		住民票住所	同上 <input type="checkbox"/>	都道府県	市区町村
	被扶養者から除かれた日	年 月 日				当該届出書の提出年1月1日の住所	同上 <input type="checkbox"/>	都道府県	市区町村

- この届出を提出するときは健康保険被保険者証を添付して下さい。(資格取得時を除く)
- 続柄欄には「夫」、「妻」、「長男」、「二女」、「父」、「母」、「祖父」、「祖母」等と記入して下さい。
- 職業欄には「主婦」、「パート」、「年金受給者」、「小学生」、「中学生」、16歳以上の学生の場合は「高校〇年」等と詳しく記入して下さい。
- 年間収入見込欄には、交通費、非課税対象となる年金(障害・遺族)、失業給付、傷病手当金等も含まれます。
- 理由欄には扶養になった或いはならなくなった理由として、結婚、出生、失業、死亡、養子縁組、後期高齢者該当等事実を具体的に記入して下さい。

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()