

健康保険 被扶養者 新規異動 届

事業主の明証	この届書記載事項は事実と相違ありません
所在地	
名称	
事業主名	
電話	

**就職削除の場合**

常務理事	事務長	部長	課長	合議	係

被保険者証の記号番号		○	番	○○○	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日提出														
被保険者の氏名		フリガナ ケンボ タロウ		性別	男・女	被保険者の生年月日		昭和 平成	○	○	○	○	○	○	職場名	○○	職名		
被保険者の資格取得年月日		昭和 平成		現在の被保険者の標準報酬月額		300 千円		被保険者の住所		〒 261-5437 千葉県千葉市中央区新千葉○-○-○									
増減別	被扶養者の氏名	性別	生年月日	続柄	職業及び収入	同居・別居の別	別居の場合住所	扶養開始年月日	扶養終了年月日	扶養開始または終了の理由	証回収区分								
増・減	フリガナ ケンボ ジロウ 健保 次郎	男・女	昭和 平成 令和	二男	会社員	同・別		平成 令和	平成 令和	0 1 0 5 0 1	1.本人取得 2.出生 3.婚姻 4.収入増減 5.被扶養者変更 6.離職 7.就職 8.離婚 9.その他 10.死亡(令和 年 月 日)	添付 紛失 返不能							
増・減	フリガナ	男・女	昭和 平成 令和			同・別		平成 令和	平成 令和		1.本人取得 2.出生 3.婚姻 4.収入増減 5.被扶養者変更 6.離職 7.就職 8.離婚 9.その他 10.死亡(令和 年 月 日)	1.添付 2.紛失 3.返不能							
増・減	フリガナ	男・女	昭和 平成 令和			同・別		平成 令和	平成 令和		1.本人取得 2.出生 3.婚姻 4.収入増減 5.被扶養者変更 6.離職 7.就職 8.離婚 9.その他 10.死亡(令和 年 月 日)	1.添付 2.紛失 3.返不能							
増・減	フリガナ	男・女	昭和 平成 令和			同・別		平成 令和	平成 令和		1.本人取得 2.出生 3.婚姻 4.収入増減 5.被扶養者変更 6.離職 7.就職 8.離婚 9.その他 10.死亡(令和 年 月 日)	1.添付 2.紛失 3.返不能							

就職により削除する場合は、**就職日(当日)**をご記入ください。  
また、就職先にて取得した保険証の写しを添付してください。  
(後日の送付でも可)

- 1.届書は本書(正のみ)ご提出ください。 ※副は被扶養者異動確認通知書として、健保組合が作成、送付いたします。
- 2.被扶養者の削除については、個人番号(マイナンバー)欄の記入は不要です。
- 3.記入の方法は裏面に記載してありますのでご覧ください。

受 付 印 確 認 印