

常務理事	事務長	担当者

受付印

健康保険被扶養者（異動）追加削除届

令和 年 月 日 提出

事業所番号	
事業所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	TEL - -

※確認欄に、必ずチェックをしてください。

確認欄	<input type="checkbox"/>	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。
-----	--------------------------	--

担当者名	社会保険労務士の記載欄(氏名等)

被保険者欄	記号	番号	
	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	住所 〒 -
	所属(会社名)	TEL	内線 被保険者 TEL

※続柄は、戸籍と同じように記入してください。(例)長男・長女

被扶養者①	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	性別	1.男 2.女
	続柄	職業	収入(年収) 万円	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要
	異年月日	理由	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 収入増加 <input type="checkbox"/> 収入減少 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> その他 ()	健保使用欄 認定削除 年 月 日 証回収 有 年 月 日 無		

被扶養者②	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	性別	1.男 2.女
	続柄	職業	収入(年収) 万円	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要
	異年月日	理由	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 収入増加 <input type="checkbox"/> 収入減少 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> その他 ()	健保使用欄 認定削除 年 月 日 証回収 有 年 月 日 無		

被扶養者③	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	性別	1.男 2.女
	続柄	職業	収入(年収) 万円	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要
	異年月日	理由	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 収入増加 <input type="checkbox"/> 収入減少 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> その他 ()	健保使用欄 認定削除 年 月 日 証回収 有 年 月 日 無		

被扶養者④	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	性別	1.男 2.女
	続柄	職業	収入(年収) 万円	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要
	異年月日	理由	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 収入増加 <input type="checkbox"/> 収入減少 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> その他 ()	健保使用欄 認定削除 年 月 日 証回収 有 年 月 日 無		