

常務理事	事務長	担当者

健康保険被扶養者（異動）届

提出年月日： 令和 年 月 日

被保険者証 記号・番号	72	第	号	被保険者		住所							
						氏名							
今回の扶養異動対象の方	被扶養者の氏名			性別	生年月日	続柄	職 業	年間所得見込	同居・別居 の 別	開始・終了 の 別	扶養開始または 終了の年月日	扶養開始または終了の理由	
	(フリガナ)				個人番号(12桁)			円	同・別	始・終	平・令	年 月 日	
				男	昭・平・令								
				女	年 月 日								
			男	昭・平・令									
			女	年 月 日									
			男	昭・平・令									
			女	年 月 日									
			男	昭・平・令									
			女	年 月 日									

- 【注意事項】
- ① 続柄は妻、長男、養子、孫、実父、養母、妻の実父、実父の姉、妹、弟など詳しく記入してください。
 - ② 職業は文字にこだわらず〇〇小〇年、〇〇中〇年、〇〇高校〇年、〇〇大学〇年、〇〇内職、利子配当収入、年金収入など実態がわかるよう具体的に記入してください。
 - ③ 扶養開始または終了の理由は、結婚、出生、養子縁組、失業、病気療養、不具廃疾、死亡、離婚など事実を具体的に記入してください。
 - ④ 氏名は、戸籍どおりに記入してください。
 - ⑤ **必ず個人番号も記載ください。** (ただし、資格喪失の場合には不要)