

健康保険被扶養者（異動）届

事実が発生した日から
5日以内に提出してください。

令和 3 年 1 月 5 日提出

決 済

健保決済欄

被保険者欄	被保険者証の記号	1	被保険者証の番号	12345	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	0	2	0	5	0	5	備考	
	(フリガナ)	セイレイ	(名)	イチロウ	取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	2	4	0	4	0	1	収入(年収)	300万 円
	氏名	聖隼	(氏)	一郎	住所	〒 123 - 4567 浜松市中区住吉1-1-1								

被扶養者欄	(フリガナ)	セイレイ	(名)	ハナコ	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	0	2	0	8	0	8	性別	1.男 2.女	
	氏名	聖隼	(氏)	花子	個人番号	※聖隼福祉事業団職員の家族はマイナンバーの記入はしないでください。									
	続柄	妻	職業	無職	収入(年収)	0	円	住所	1.同居 別居の場合 〒						
	被扶養者になった日	9.令和	0	3	0	1	0	1	被扶養者から除かれた日	住所に関する情報は必ず記載してください。理由 離職のため					
住民票住所	同上	〒	都道府県	市区町村	提出年1月1日の住所	同上	〒	都道府県	市区町村	備考					

被扶養者欄の住所と同じ場合、同上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	(フリガナ)	セイレイ	(名)	ジロウ	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	2	8	1	2	1	2	性別	1.男 2.女	
	氏名	聖隼	(氏)	二郎	個人番号										
	続柄	長男	職業	幼稚園	収入(年収)	0	円	住所	1.同居 2.別居 別居の場合 〒						
	被扶養者になった日	9.令和	0	3	0	1	0	1	被扶養者から除かれた日	9.令和	理由 母の離職のため				
住民票住所	同上	〒	都道府県	市区町村	当該届出書の提出年1月1日の住所	同上	〒	都道府県	市区町村	備考					

被扶養者欄	(フリガナ)		(名)		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和							性別	1.男 2.女
	氏名		(氏)		個人番号									
	続柄		収入		住所	1.同居 別居の場合 〒								

喪失

新たに加入した健康保険証のコピーを後日(保険証が手元に届き次第)ご提出ください。

加入・喪失

配偶者の方は『国民年金 第3号被保険者関係届』も一緒にご提出ください。

※この様式は、被扶養者の住所・氏名・生年月日などの訂正などにも使用します。

- 【事業主記入欄】
- 収入(年収) ※年
 - 被保険者

※ 内縁関係の場合は省略できません。

事業所所在地	〒	-
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号	()	

受付年月日

令和 年 月 日

健康保険組合殿

2021.06

社会保険労務士の代行者印

社会保険労務士の代行者印	
--------------	--