

- ☐ 新規申請(※扶養認定が初めての場合は個人番号を記入)
- ☐ 再認定申請
- ☐ 削除申請

決 済	

健康保険 被扶養者異動届

健康保険被保険者証		被保険者氏名	生年月日			性別	資格取得日			標準報酬 月 額		
記号	番号		昭和・平成	年	月	日	男・女	昭和・平成 令和	年	月	日	千円
被保険者の住所		〒					備考					

被扶養者の氏名 (申請する家族の氏名)	性別	生年月日			続柄	職 業 月平均収入額	新規追加・削除する 理由とその年月日	同居 別居 の別	住 所 (被保険者と同じ場合は省略)
(ふりがな)	男・女	昭和 平成 令和	年	月	日			同居・別居	〒
個人番号						円	年 月 日		
被扶養者の氏名 (申請する家族の氏名)	性別	生年月日			続柄	職 業 月平均収入額	新規追加・削除する 理由とその年月日	同居 別居 の別	住 所 (被保険者と同じ場合は省略)
(ふりがな)	男・女	昭和 平成 令和	年	月	日			同居・別居	〒
個人番号						円	年 月 日		
被扶養者の氏名 (申請する家族の氏名)	性別	生年月日			続柄	職 業 月平均収入額	新規追加・削除する 理由とその年月日	同居 別居 の別	住 所 (被保険者と同じ場合は省略)
(ふりがな)	男・女	昭和 平成 令和	年	月	日			同居・別居	〒
個人番号						円	年 月 日		

事業所所在地 事業所名 事業主氏名	上記のとおり相違ないことを証明します。	
	〒	
	印	

令和 年 月 日提出

受付日付印