

住友ファーマ健康保険組合理事長 殿

※資格確認証発行の可否は記入例を参考にして下さい。  
※印刷する際は横向きに設定して下さい。

健康保険被扶養者(異動)届【増】

常務理事	事務長	係 員	

被保険者等	記号	番号	フリガナ			男□・女□	生年月日	昭和□ 平成□ 令和□	年	月	日
			被保険者氏名								
被保険者 住民票住所						給与以外の収入 (年金・不動産収入等)	円		標準報酬月額 (健保記入)	千円	
被扶養者の氏名 フリガナ 氏名	性別	生年月日	続柄 年齢	職業	同居・別居 区分	異動日	扶養することになった理由			資格確認書 発行要否	
	男□ ・ 女□	昭和□ 平成□ 令和□ 年 月 日	歳		同居□・別居□	令和 年 月 日				□発行が必要	
被扶養者住民票住所 (別居の場合のみ)						個人番号(12桁) ※記入不要！					
	男□ ・ 女□	昭和□ 平成□ 令和□ 年 月 日	歳		同居□・別居□	令和 年 月 日				□発行が必要	
被扶養者住民票住所 (別居の場合のみ)						個人番号(12桁) ※記入不要！					
	男□ ・ 女□	昭和□ 平成□ 令和□ 年 月 日	歳		同居□・別居□	令和 年 月 日				□発行が必要	
被扶養者住民票住所 (別居の場合のみ)						個人番号(12桁) ※記入不要！					
	男□ ・ 女□	昭和□ 平成□ 令和□ 年 月 日	歳		同居・別居 □ □	令和 年 月 日				□発行が必要	
被扶養者住民票住所 (別居の場合のみ)						個人番号(12桁) ※記入不要！					

令和 年 月 日提出

健保受付日付印

事業主確認	
<input type="checkbox"/>	この届出については、下記の2点を確認しています。 1. 申請者本人(被保険者)が作成していること。 2. 記載内容に誤りがないか申請者本人が確認していること。