

住友フア

赤点線枠内は、ご自身の保険証を確認の上、ご記入ください。

健康保険被扶養者(異動)届【増】

常務理事	事務長	係員

※印刷する際は
※太枠内と下部の提出

被保険者証	記号	番号	フリガナ	ケンポ タロウ		性別	生年月日	昭和 平成 令和	※※年 ※※月 ※※日
			被保険者氏名	健保 太郎		男・女			
被保険者住所	被保険者の現住所を記入してください。					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		備考
ケンポ ハナコ 健保 花子	男・女	昭和 平成 令和 ※※年※※月※※日	妻 ※※歳	パート	同居・別居 別居(単身赴任)	平成 令和 ※※年※※月※※日	雇用形態変更による収入減		
被扶養者住所 (別居の場合のみ)	□□市○○町※※-※-※※								
ケンポ スミコ 健保 住子	男・女	昭和 平成 令和 ※※年※※月※※日	妻 ※※歳	無職	同居・別居 別居(単身赴任)	平成 令和 ※※年※※月※※日	退職		
被扶養者住所 (別居の場合のみ)	被保険者と同居の場合は記入不要です。								
ケンポ イチロウ 健保 一郎	男・女	昭和 平成 令和 ※※年※※月※※日	長男 ※※歳	無職	同居・別居 別居(単身赴任)	平成 令和 ※※年※※月※※日	出生		
被扶養者住所 (別居の場合のみ)	被保険者と同居の場合は記入不要です。								
被扶養者住所 (別居の場合のみ)	男・女	平成 令和 年 月 日			同居・別居 別居(単身赴任)	平成 令和 年 月 日			
被扶養者住所 (別居の場合のみ)	被扶養者のフリガナは保険証に印字しますので、必ずご記入ください。								
						異動日は「扶養することになった理由」が発生した日を記入してください。			

令和 ※※年※※月※※日提出

健保受付日付印

こちらは記入不要です。

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。