

注意事項

1. 異動届は資格取得時および被扶養者資格が生じたであろうとき、または失ったであろうとき、事業主を経由して、5日以内に必要な証明書とともに提出してください。
2. ③④⑧⑪⑫⑮⑯⑰⑱は、該当する項目を○で囲んでください。
3. ⑬の欄には、右の別表を参考に詳しく記入してください。
4. ⑭の欄には、職業の文字に拘らず、「小学1年」「自営業」「パート」などその実態がわかるように記入してください。
5. ⑰に該当するものがない場合はその他へ記入してください。
6. 記入は、楷書で明瞭に記入してください。鉛筆や消えるペンで記入したものは受付できません。

別 表（続柄一覧）

夫	長 男	養 子	義 父
妻	次 男	養 女	義 母
父	三 男	配偶者の子	義祖父
母	四 男	兄	義祖母
祖 父	五 男	姉	義 兄
祖 母	六 男	弟	義 姉
曾祖父	七 男	妹	義 弟
曾祖母	長 女	孫	義 妹
養 父	次 女	曾 孫	義曾祖父
養 母	三 女	甥	義曾祖母
伯 父	四 女	姪	その他
伯 母	五 女		
叔 父	六 女		
叔 母	七 女		

健康保険被扶養者(異動)届

被 保 険 者	① 記号	番号	② フリガナ 氏名 オダキュウ タロウ	③ 性別 男・女	④ 生年月日 昭・平 42年11月26日	常務理事	事務長	課長	担当者	
	500	1111	小田急 太郎	男						
	⑤ 勤務する事業所の名称			〇〇〇〇株式会社		⑥ 勤務する事業所の所在地		東京都新宿区西新宿〇〇〇〇〇1-1-1		
	⑦ 被保険者住所			東京都渋谷区初台1-47-1			⑧ 資格取得年月日		昭・平・令 55年1月1日	
						⑨ 標準報酬月額		300千円		

被 扶 養 者	⑩ フリガナ 氏名		⑪ 性別	⑫ 生年月日				⑬ 続柄	⑭ 職業	⑮ 同世帯 別世帯 の別	⑯ 扶養開始 終了の別	⑰ 扶養しはじめた理由または 扶養しなくなった理由	⑱ 被扶養者資格の 生じた日または 資格を失った日				⑲ 備考
	氏	名		元号	年	月	日						元号	年	月	日	
	オダキュウ	タケオ	男	昭						同世帯	開始	1.被保険者資格取得時 2.出生 3.結婚 4.退職 5.収入減 6.死亡 7.就職 8.離婚 9.収入増 10.後期高齢者到達 11.その他()	平	5	1	1	
	小田急	健男	女	平	18	3	3	長男	学生	別世帯	終了		令				
			男	昭						同世帯	開始	1.被保険者資格取得時 2.出生 3.結婚 4.退職 5.収入減 6.死亡 7.就職 8.離婚 9.収入増 10.後期高齢者到達 11.その他()	平				
			女	平						別世帯	終了		令				
			男	昭						同世帯	開始	1.被保険者資格取得時 2.出生 3.結婚 4.退職 5.収入減 6.死亡 7.就職 8.離婚 9.収入増 10.後期高齢者到達 11.その他()	平				
			女	平						別世帯	終了		令				

うえの申請について、事実と相違ないことを証明する。
令和 5年 1月10日

事業所 所在地 東京都新宿区西新宿〇〇〇〇〇1-1-1
 事業主 名称 〇〇〇〇株式会社
 氏名 課長 小田急 一郎

・死亡時の資格喪失日は、死亡日の翌日を記入してください。
 ・資格終了時は必ず終了する方の被保険者証を添付してください。(紛失の際は減失届を添付)
 ・続柄欄は、「長男」「養子」「義母」など詳しく記入してください。(注意事項参照)

受付日付印

健康保険被扶養者(異動)届

被 保 険 者	① 記号	番号	② フリガナ 氏名 オダキュウ タロウ	③ 性別 男・女	④ 生年月日 昭・平 42年11月26日	常務理事	事務長	課長	担当者	
	500	1111	小田急 太郎	男	昭・平 42年11月26日					
	⑤ 勤務する事業所の名称			〇〇〇〇株式会社		⑥ 勤務する事業所の所在地		東京都新宿区西新宿〇〇〇〇〇1-1-1		
	⑦ 被保険者住所			東京都渋谷区初台1-47-1			⑧ 資格取得年月日		昭・平・令 55年1月1日	
						⑨ 標準報酬月額		300千円		

被 扶 養 者	⑩ フリガナ 氏名		⑪ 性別	⑫ 生年月日				⑬ 続柄	⑭ 職業	⑮ 同世帯 別世帯 の別	⑯ 扶養開始 終了の別	⑰ 扶養しはじめた理由または 扶養しなくなった理由	⑱ 被扶養者資格の 生じた日または 資格を失った日				⑲ 備考
	氏	名		元号	年	月	日						元号	年	月	日	
	オダキュウ	タケオ	男	昭							開始	1.被保険者資格取得時 2.出生 3.結婚 4.退職 5.収入減 6.死亡 7.就職 8.離婚 9.収入増 10.後期高齢者到達 11.その他()	平	5	1	1	
	小田急	健男	女	平	12	3	3	長男	会社員	同世帯	終了		令				
			男	昭						同世帯	開始	1.被保険者資格取得時 2.出生 3.結婚 4.退職 5.収入減 6.死亡 7.就職 8.離婚 9.収入増 10.後期高齢者到達 11.その他()	平				
			女	平						別世帯	終了		令				
			男	昭						同世帯	開始	1.被保険者資格取得時 2.出生 3.結婚 4.退職 5.収入減 6.死亡 7.就職 8.離婚 9.収入増 10.後期高齢者到達 11.その他()	平				
			女	平						別世帯	終了		令				

うえの申請について、事実に相違ないことを証明する。
令和 5年 1月10日

・死亡時の資格喪失日は、死亡日の翌日を記入してください。
・資格終了時は必ず終了する方の被保険者証を添付してください。(紛失の際は減失届を添付)
・続柄欄は、「長男」「養子」「義母」など詳しく記入してください。(注意事項参照)

事業所 所在地 東京都新宿区西新宿〇〇〇〇〇1-1-1
事業主 名称 〇〇〇〇株式会社
氏名 課長 小田急 一郎

受付日付印