

# 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 オダキウ タロウ 小田急 太郎	③ 性別 男・女 男	④ 生年月日 昭平 60年5月20日	常務理事	事務長	課長	課長代理	担当者		
	100	1234					記	入	例			
	⑤ 勤務する事業所の名称	株式会社〇×			⑥ 勤務する事業所の所在地	東京都町田市原町田5-4-1						
	⑦ 被保険者住所	神奈川県相模原市中央区青葉4-3-1-303				⑧ 資格取得年月日	昭平令		1年5月1日		⑨ 標準報酬月額	1,030千円

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
	オダキウ	ハナコ	男	昭平令	58	7	3	妻	専業主婦	同世帯別世帯	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( )	平令	1	5	20	
	オダキウ	ケンイチ	男	昭平令	1	5	30	長男	無職	同世帯別世帯	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( )	平令	1	5	30	
	オダキウ	ゴンゾウ	男	昭平令	32	3	1	実父	年金収入のみ	同世帯別世帯	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( )	平令	1	7	1	
	オダキウ	ヤスコ	男	昭平令	35	11	30	実母	パート	同世帯別世帯	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(失業給付受給開始)	平令	1	7	15	

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 年 月 日

所在地  
事業所 名称  
事業主 氏名

1. 記名・捺印は忘れずにご提出ください。その他の項目も漏れのないようにご記入ください。
2. 申請理由については⑰の当てはまる理由を選択してください。当てはまらない場合はその他に記載してください。
3. 被扶養者資格の生じた日が無記入の場合、認定日は健保受付日となります。また、資格の生じた日から1ヶ月超の後、申請の場合は健保受付日が扶養認定日となります。