常務理事	事務長	課長	係長	係

健康保険被扶養者（異動）届

令和　　年　　月　　日　提出

被保険者欄								
被保険者証の記号と番号	記号 番号	被保険者の氏名		性別	男・女	生年月日	5.昭和 7.平成　　年　　月　　日 9.令和
被保険者の資格取得日	昭・平・令　　年　　月　　日	報酬月額	円	住所（住民票上）	〒　　－		

被扶養者欄

扶養に入る人

氏名	性別	生年月日	続柄	職業	年収	世帯別	扶養に入る理由と年月日
(ﾌﾘｶﾞﾅ)	男・女	昭 平　年　月　日 令				同世帯 別世帯	令和　　年　　月　　日
マイナンバー（個人番号）							
被保険者と別世帯の場合はその住所	〒　　－						

氏名	性別	生年月日	続柄	職業	年収	世帯別	扶養に入る理由と年月日
(ﾌﾘｶﾞﾅ)	男・女	昭 平　年　月　日 令				同世帯 別世帯	令和　　年　　月　　日
マイナンバー（個人番号）							
被保険者と別世帯の場合はその住所	〒　　－						

氏名	性別	生年月日	続柄	職業	年収	世帯別	扶養に入る理由と年月日
(ﾌﾘｶﾞﾅ)	男・女	昭 平　年　月　日 令				同世帯 別世帯	令和　　年　　月　　日
マイナンバー（個人番号）							
被保険者と別世帯の場合はその住所	〒　　－						

扶養から除く人

氏名	性別	生年月日	扶養から除く理由と年月日（記入された日から資格がなくなります）
(ﾌﾘｶﾞﾅ)	男・女	昭 平　年　月　日 令	令和　　年　　月　　日

氏名	性別	生年月日	扶養から除く理由と年月日（記入された日から資格がなくなります）
(ﾌﾘｶﾞﾅ)	男・女	昭 平　年　月　日 令	令和　　年　　月　　日

氏名	性別	生年月日	扶養から除く理由と年月日（記入された日から資格がなくなります）
(ﾌﾘｶﾞﾅ)	男・女	昭 平　年　月　日 令	令和　　年　　月　　日

関東めっき健康保険組合
(R5.6)

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

※届出上の注意は記入例をご覧ください。

※扶養加入の際には添付書類が必要な場合があります。
　別紙「被扶養者(異動)届添付書類一覧」をご覧ください。

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者欄