

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	健康保険の	記号	被保険者の	性別	男・女	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日
	記号と番号	番号	氏名							
	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)	〒 ー	

被 扶 養 者 欄	扶養に入る人										扶養から除く人							
	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		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)	
	(フリガナ)		男・女	昭 平 令					同世帯 別世帯	令和 年 月 日		(フリガナ)		男・女	昭 平 令		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		〒 ー						資格確認書交付希望 (右の□に✓を入れる)		☐							
	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		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)	
	(フリガナ)		男・女	昭 平 令					同世帯 別世帯	令和 年 月 日		(フリガナ)		男・女	昭 平 令		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		〒 ー								資格確認書交付希望 (右の□に✓を入れる)		☐					
	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		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)	
	(フリガナ)		男・女	昭 平 令					同世帯 別世帯	令和 年 月 日		(フリガナ)		男・女	昭 平 令		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		〒 ー								資格確認書交付希望 (右の□に✓を入れる)		☐						

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。

社会保険労務士の提出代行者欄	
----------------	--

受付日付印

関東めつき健康保険組合 (R6.12)