健 康 保 険 被 扶 養 者 異 動 届 （ 増 ・ 減 ）

常務理事	事務長	係

被保険者証の記号一番号	―	被保険者の氏名	マイナンバー記入欄（資格取得時のみ記入）	㊞	所 属		被保険者の生年月日	昭 和・平 成 年 月 日
被保険者の勤務する事業所の名称				この届が受理された後の被扶養者数		名	この届が受理される前の被扶養者数	名
資格取得の年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		被保険者の住所	〒 －				

増加又は減少の別	増加又は減少被扶養者氏名 氏	名	性別	被扶養者の生年月日	続柄	※取得又は喪失年月日	職 業	月平均収入額	被保険者と被扶養者の世帯別	扶養（しはじめた・しなくなった）理由及びその年月日	備 考
増・減	（ふりがな）		1. 男 2. 女	5. 昭 7. 平 9. 令 年 月 日		9. 令 年 月 日			同世帯 ・ 別世帯	年 月 日	マイナンバー記入欄
増・減	（ふりがな）		1. 男 2. 女	5. 昭 7. 平 9. 令 年 月 日		9. 令 年 月 日			同世帯 ・ 別世帯	年 月 日	マイナンバー記入欄
増・減	（ふりがな）		1. 男 2. 女	5. 昭 7. 平 9. 令 年 月 日		9. 令 年 月 日			同世帯 ・ 別世帯	年 月 日	マイナンバー記入欄
増・減	（ふりがな）		1. 男 2. 女	5. 昭 7. 平 9. 令 年 月 日		9. 令 年 月 日			同世帯 ・ 別世帯	年 月 日	マイナンバー記入欄

年 月 日 提 出

（令和01.4改正）

受 付 日 印

（注意）

1. この届けは被扶養者に異動（増減）を生じたときに、その日から5日以内に事業主を経由して組合へ提出するものです。
2. この届けは、増加と削除（減少）をそれぞれ別紙とすること。
3.それぞれ該当する文字を〇でかこんでください。
4. 続柄には上段に「妻」「内縁の妻」「長男」「養子」「孫」「実父」「養母」「養父の兄」「妻の姉」「弟」など詳しく書いてください。
5.被扶養者の認定上特に解釈の困難なものには市区町村長証明書、医師の診断書、在学証明書等を添付してください。