

常務理事	事務長		担当者

**記入例**  
**増加の場合**

# 健康保険被扶養者異動届

必ず  
ご捺印ください

平成 ○ 年 △ 月 □ 日提出

区分 (○で囲むこと)	新規	<b>増加</b>	減少	住所変更
被保険者 記号番号	記号 15	番号 999	(フリガナ) 被保険者 氏名 ケンボ 健保	(氏) 太郎 太郎
被保険者住所	〒 111-2222 東京都〇〇市△△1-2-3			被保険者 生年月日 昭和 平成 ○ ○ 年 △ △ 月 □ □ 日
自宅電話番号	1 1 1 1 ( 2 2 2 )			所属 〇〇本部 △△部 内線・外線 1234

「子」の場合は「子」ではなく  
「長男」「長女」等ご記入ください

被扶養者の氏名 (フリガナ)	性別	生年月日	注④ 続柄	収入月額	別居	注⑤ 扶養者となった日 扶養者でなくなった日 (必ず記載)	注⑥ 理由	※ 事業主記入欄	※ 健保記入欄 認定年月日
(氏) ケンボ (名) さくら	男	昭和 ○ ○ 年 △ □ 月 日	妻	無職	なし	平成 ○ ○ 年 △ □ 月 日	退職		平成 年 月 日
(氏) 健保 (名) さくら	<b>女</b>	平成 ○ ○ 年 △ □ 月 日							
(氏)	男	昭和 年 月 日							
(氏)	女	平成 年 月 日							
(氏)	男	昭和 年 月 日							
(氏)	女	平成 年 月 日							
別居の被扶養者の現住所 自宅電話番号	対象者名	〒			電話番号	( )			

被扶養者となる日をご記入ください。  
例えば・・  
①退職した翌日  
②結婚した日  
③雇用保険失業給付受給終了した日 など。

今回増加する人のみご記入ください。  
(すでに被扶養者になっている人は記入しないでください)

書類は事業主にご提出ください。

【収集する個人情報について】本届出に記入された個人情報は、健康保険業務以外には使用いたしません。

受付日付印

上記の届について事実と相違ないこと証明いたします。

事業所所在地	(印)
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

平成 年 月 日  
日本電子健康保険組合 殿