

健康保険 被扶養者（異動）届

事業所	健保		
担当	担当	事務長	常務理事

記入日	令和 00 年 00 月 00 日	<input checked="" type="checkbox"/> 必ずご記入下さい	<input type="checkbox"/>	本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は✓）			
健康保険証 記号・番号	6700 - 00000	所属	八総	氏名	フカガナ ヤスカワ タロウ 安川 太郎	生年月日	昭和 平成 令和 00 年 00 月 00 日
資格取得年月 日	昭和 平成 令和 00 年 00 月 00 日	住所	〒 807-1234 北九州市八幡西区△△町××番××号 電話 (093) 645 - 8817				
被保険者の年間収入 (共働きの場合は源泉徴収票添付)	600 万円	被保険者の報酬以外 の収入 (年金等)	なし 万円	扶養に入っていない配偶者の 年間収入 (源泉徴収票添付)	万円		

増減 の別	続柄	性別	被扶養者の氏名	生年月日	年齢	世帯	年間収入	扶養(削除)の理由及び年月日 ※該当項目を○で囲む	資格喪失 証明書
増 (減)	長女	男 (女)	フカガナ ヤスカワ ユカリ (氏) 安川 ゆかり	昭和 平成 令和 年 月 日 00 00 00	歳 18	同居 (別居)	記入不要 万円	結婚・離婚・就職・退職・出生 その他 () 00 年 00 月 00 日	要 不要
増 (減)	妻	男 (女)	フカガナ ヤスカワ ハナコ (氏) 安川 花子	昭和 平成 令和 年 月 日 00 00 00	歳 00	同居 (別居)	記入不要 万円	結婚・離婚・就職・退職・出生 その他 (収入超過) 00 年 00 月 00 日	要 不要
増 減		男 女	フカガナ (氏) (名)	昭和 平成 令和 年 月 日	歳	同居 別居	万円	結婚・離婚・就職・退職・出生 その他 () 年 月 日	要 不要
別居の場合の被扶養者の住所 ※増減の別の増の時に記入ください			〒						

離婚→離婚日
就職→就職日
収入超過→申出日

扶養から外れた後、国民健康保険に加入する
場合に必要となります。

- この届を提出される前に ホームページに掲載している「被扶養者認定基準」を必ず読んで、該当する場合にのみ提出してください。
- 申請の理由欄については、該当する項目を○で囲み、その理由が生じた年月日を必ず記入してください。
- 日本国内に被扶養者の住民票がない場合は、その他欄に「海外在住」と記入してください。

事業所	所在地 名称 事業主	事業所の担当者が記入します
-----	------------------	---------------