削除の場合は削除する被扶養者の
資格確認書または健康保険証を添付してください。

処理伺			令和　年　月　日		
常務理事	事務局長	事務局次長	課　長	課長補佐	担当者

健康保険 被扶養者(異動)届

事業所番号	被保険者整理番号	被保険者氏名	被保険者生年月日	性別	資格取得年月日	標準報酬月額
		氏名	昭和・平成　年　月　日	男・女	昭和・平成・令和　年　月　日	千円
被保険者の住民票住所	〒　－ 電話　－　－			備考		

※年収130万円(60歳以上は180万円)以上の収入がある者は被扶養者として認められません。
※被扶養者追加の場合は、個人番号の記入を忘れずにお願いします。

増減の区別	フリガナ 被扶養者氏名	被扶養者生年月日	性別	続柄	被扶養者になった日	被扶養者から除かれた日	職業・収入(年収)	被扶養者になった理由・被扶養者から除かれた理由
増・減		昭和・平成・令和　年　月　日	男・女		年　月　日	年　月　日	円	取得と同時・出生・婚姻 離職・収入減・その他(　) 就職・死亡・離婚 収入増・その他(　)
	個人番号(マイナンバー)					同居・別居の区別	同居・別居	資格確認書※発行要否 □ 発行が必要
	被扶養者の住民票住所(被保険者と同じ場合は不要)	〒　－			居住地が住民票住所と異なる場合は居住地を右欄にご記入ください。	〒　－		
増・減		昭和・平成・令和　年　月　日	男・女		年　月　日	年　月　日	円	取得と同時・出生・婚姻 離職・収入減・その他(　) 就職・死亡・離婚 収入増・その他(　)
	個人番号(マイナンバー)					同居・別居の区別	同居・別居	資格確認書※発行要否 □ 発行が必要
	被扶養者の住民票住所(被保険者と同じ場合は不要)	〒　－			居住地が住民票住所と異なる場合は居住地を右欄にご記入ください。	〒　－		
増・減		昭和・平成・令和　年　月　日	男・女		年　月　日	年　月　日	円	取得と同時・出生・婚姻 離職・収入減・その他(　) 就職・死亡・離婚 収入増・その他(　)
	個人番号(マイナンバー)					同居・別居の区別	同居・別居	資格確認書※発行要否 □ 発行が必要
	被扶養者の住民票住所(被保険者と同じ場合は不要)	〒　－			居住地が住民票住所と異なる場合は居住地を右欄にご記入ください。	〒　－		

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	〒　－

令和　年　月　日　提出

東京都歯科健康保険組合
受付日付印

社会保険労務士記載欄
氏名等