

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

記入例 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
9 9 9 9	9 9	氏名 健保 次郎	昭和 年 月 日 平成 6 0 1 1 2 2	男 女	昭和 年 月 日 平成 0 5 1 1 0 1 令和	380 千円
被保険者の 住民票住所		〒 111 - 2222 東京都豊島区北大塚〇-〇〇-〇〇			電話 03 - 3333 - 3333	備 考

※ ※ 被被年扶扶収養養1者者3追と0加し万のて円場認(合め6はら0れ歳個ま以上は180万円)以上の収入がある者は増・減の記入を忘れずお願いします。

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	ケンボ ハナコ 健保 花子	昭和 年 月 日 平成 0 1 1 2 1 2 令和	男 女	妻	年 月 日 0 5 1 1 0 1		無職 0 円	取得と同時に・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)	9 9 9 9 9 9 9 9	9 9 9 9	同居・別居 の区別	同居・別居	資格確認書 ※発行要否	<input type="checkbox"/> 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	ケンボ ケンジ 健保 健治	昭和 年 月 日 平成 2 5 1 0 1 0 令和	男 女	長男	年 月 日 0 5 1 1 0 1		小学生 0 円	取得と同時に・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)	5 5 5 5 5 5 5 5	5 5 5 5	同居・別居 の区別	同居・別居	資格確認書 ※発行要否	<input type="checkbox"/> 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	ケンボ ヨシコ 健保 良子	昭和 年 月 日 平成 3 0 1 0 1 0 令和	男 女	母	年 月 日 0 5 1 1 0 1		無職 年金受給 900,000 円	取得と同時に・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)	7 7 7 7 7 7 7 7	7 7 7 7	同居・別居 の区別	同居・別居	資格確認書 ※発行要否	<input checked="" type="checkbox"/> 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)	〒 333-3333 茨城県水戸市大塚町△-△-△	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。		〒 - 同左			

事業所所在地	〒 222 - 3333
事業所名称	豊島区北大塚〇-〇-〇
事業主氏名	健保歯科医院
電話番号	健保 太郎 03-4444-4444

令和 年 月 日 提出
社会保険労務士記載欄
氏名等

東京都歯科健康保険組合
受付日付印