

健康保険被扶養者(異動)届

扶養からはずすとき

令和 年 月 日 提出

事業主記入欄	所在地										
	名称										
	氏名										
社会保険労務士記入欄											
氏名等											

被保険者欄	記号・番号	1-●●●●	生年 月日	昭●平●令	年	3	月	6	日	1	0	性別	男●女	年収	700	円	個人 番号	12桁 間違いのないように記入してください
	氏名	(フリガナ) ヤマゼン	(氏) 山善	(名) タロウ	太郎	取得 年月日	昭●平●令	年	2	7	月	4	日	1	住民票 住所	〒550-0014 大阪市西区北堀江●丁目●-●		

被扶養者になった場合は「該当」、被扶養者でなくなった場合は「非該当」、氏名や住所などの変更の場合は「変更」を○で囲んでください。

被扶養者欄 1	氏名	(フリガナ) ヤマゼン	(氏) 山善	(名) ハナコ	花子	生年 月日	昭●平●令	年	6	月	1	0	3	日	1	性別	男●女	続柄	妻
	個人 番号	12桁 間違いのないように記入してください										続柄	妻						
	同居 別居	住民票 住所	〒550-0014 大阪市西区北堀江●丁目●-●										居所 住所	〒-				※ 住民票住所と異なる場合のみ記入	
	該当 非該当	被扶養者 になった日	令和	年	月	日	職業	1.無職 4.小・中学生以下 2.パート 5.高・大学生(年生) 3.年金受給者 6.その他()				年収	円	理由	1.出生 4.同居 2.離職 5.その他 3.収入減 ()				
	変更	被扶養者 でなくなった日	令和	年	5	月	1	2	日	理由	1.死亡 4.75歳到達 2.就職 5.障害認定 3.収入増加 6.その他()				備考	パート先の社会保険加入したため			

被扶養者欄 2	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年 月日	昭●平●令	年	月	日	性別	男●女	続柄					
	個人 番号											続柄					
	同居 別居	住民票 住所	〒-										居所 住所	〒- ※ 住民票住所と異なる場合のみ記入			
	該当 非該当	被扶養者 になった日	令和	年	月	日	職業	1.無職 4.小・中学生以下 2.パート 5.高・大学生(年生) 3.年金受給者 6.その他()				年収	円	理由	1.出生 4.同居 2.離職 5.その他 3.収入減 ()		
	変更	被扶養者 でなくなった日	令和	年	月	日	理由	1.死亡 4.75歳到達 2.就職 5.障害認定 3.収入増加 6.その他()				備考					

「保険証」も添えて提出してください。
※扶養から外す家族の山善健保の保険証

被扶養者欄 3	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年 月日	昭●平●令	年	月	日	性別	男●女	続柄					
	個人 番号											続柄					
	同居 別居	住民票 住所	〒-										居所 住所	〒- ※ 住民票住所と異なる場合のみ記入			
	該当 非該当	被扶養者 になった日	令和	年	月	日	職業	1.無職 4.小・中学生以下 2.パート 5.高・大学生(年生) 3.年金受給者 6.その他()				年収	円	理由	1.出生 4.同居 2.離職 5.その他 3.収入減 ()		
	変更	被扶養者 でなくなった日	令和	年	月	日	理由	1.死亡 4.75歳到達 2.就職 5.障害認定 3.収入増加 6.その他()				備考					

被保険者の配偶者が被扶養者ではないとき(例: 夫婦共働きの場合)は記入してください。	配偶者の年収	円
---	--------	---

※被扶養者の「該当」と「非該当(変更)」は同時に提出できません。「該当」、「非該当」、「変更」はそれぞれ別の用紙で提出してください。

補足する事項は下記へ記入してください。

受付印
