

【記入見本(申請)】

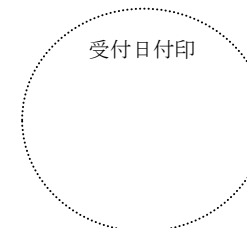
健康保険被扶養者(異動)届

常務理事	事務長		係

提出日	和暦 令和元 年 5 月 1 日	ケンポ タロウ		性別	生年月日	健保使用欄					
被保険者証	記号	200	ケンポ 太郎	印	男・女	和暦 昭和35 年 1 月 23 日	標準報酬月額				
	番号	1234567						〒 123 - 4567 神奈川県 〇〇市〇〇町 1-2-3 045 - 123 - 4567	千円		
保険証に記載されている記号と番号	株式会社	資格取得年月日	和暦 H22 年 6 月 1 日	フリガナ	カナガワケン 〇〇シ〇〇マチ	保険証作成日・回収日					
フリガナ	被扶養者の氏名(異動対象者のみ)	性別	生年月日	続柄(詳しく)※4	同居別居区分	被扶養者住所(別居の場合のみ)	内容	異動の理由(該当に○をつける)※5	異動年月日(出生日・就職日等)	資格喪失証明書※6	保険証作成日・回収日
ケンポ ハナコ	健保 花子	男・女	和暦 S47 年 1 月 23 日	妻	同	〒 -	申請	出生・結婚・退職・収入減・就職 離婚・収入増・75歳到達・死亡	和暦 R元 年 5 月 1 日	要・不要	月 日
申請対象者のみ記入		男・女	年 月 日	同・別	同・別	〒 -	申請	出生・結婚・退職・収入減・就職 離婚・収入増・75歳到達・死亡	和暦 年 月 日	要・不要	月 日
被扶養者状況届(18歳以上)と必要添付書類と共に会社の健康保険組合担当部署までご提出ください。		男・女	年 月 日	同・別	同・別	〒 -	申請	出生・結婚・退職・収入減・就職 離婚・収入増・75歳到達・死亡	和暦 年 月 日	要・不要	月 日
男・女	年 月 日	同・別	〒 -	申請・抹消	出生・結婚・退職・収入減・就職 離婚・収入増・75歳到達・死亡	和暦 年 月 日	要・不要	月 日			

〒 -
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号
提出日: 年 月 日

社会保険労務士の提出代行者印
印



【注意事項】

- ※1. 太枠の中を全て記入してください。被扶養者の氏名は今回の異動対象者のみ記入してください。
- ※2. 扶養の申請をするときは「被扶養者状況届(18歳以上)」と必要添付書類と共に提出ください。詳細は健保ホームページの「被扶養者申請必要書類一覧表」にてご確認ください。
- ※3. 扶養の抹消をするときは抹消対象者の被保険者証を必ず添付の上ご提出ください。
- ※4. 続柄欄には妻・実父・長女・孫 など詳しく記入してください。
- ※5. 異動の理由のその他欄には養子縁組・廃業・同居・別居など事実を具体的に記入してください。
- ※6. 資格抹消時は必ず「資格喪失証明書」の要・不要に○をつけてください。

処理日: 年 月 日

ファイザー健康保険組合

【記入見本(抹消)】

健康保険被扶養者(異動)届

常務理事	事務長		係
健保使用欄			

提出日	和暦 令和元 年 5 月 1 日		保険証に記載されている資格取得年月日		サイン不可 シャチハタOK		健保使用欄			
被保険者証	記号	200	フリガナ	ケンポ タロウ		性別	生年月日			
	番号	1234567	被保険者氏名	健保 太郎		男・女	和暦 昭和35 年 1 月 23 日			
事業所	フリガナ	株式会社	資格取得年月日	和暦	H22 年 6 月 1 日	フリガナ	カナガワケン	〇〇市〇〇町		
	住所	〒123-4567 神奈川県 〇〇市〇〇町 1-2-3	被保険者の現住所	〒	123-4567 神奈川県 〇〇市〇〇町 1-2-3	TEL	045-123-4567	千円		
フリガナ	性別	生年月日	続柄	同居別居区分	被扶養者住所	内容	異動の理由	異動年月日	資格喪失	保険証作成日
被扶養者の氏名(異動対象者のみ)	男・女	和暦 S62 年 10 月 1 日	長男	同・別	東京都△△区△△5-6-	申請・抹消	出生・結婚・退職・収入減・就職・離婚・収入増・75歳到達・死亡	和暦 R元 年 5 月 1 日	要・不要	月 日
抹消対象者のみ記入	男・女	年 月 日		同・別		申請・抹消	他健保取得日・死亡日・離婚日など異動事由発生日を記入	年 月 日	要・不要	月 日
	男・女	年 月 日		同・別		申請・抹消		年 月 日	要・不要	月 日
	男・女	年 月 日		同・別		申請・抹消		年 月 日	要・不要	月 日
	男・女	年 月 日		同・別		申請・抹消		年 月 日	要・不要	月 日

必ず被保険者証を添付の上、会社の健康保険組合担当部署までご提出ください。

〒 -

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

提出日： 年 月 日

社会保険労務士の提出代行者印

受付日付印

- 【注意事項】
- ※1. 「太枠」の中を全て記入してください。被扶養者の氏名は今回の異動対象者のみ記入してください。
 - ※2. 扶養の申請をするときは「被扶養者状況届(18歳以上)」と必要添付書類と共にご提出ください。詳細は健保ホームページの「被扶養者申請必要書類一覧表」にてご確認ください。
 - ※3. 扶養の抹消をするときは抹消対象者の被保険者証を必ず添付の上ご提出ください。
 - ※4. 続柄欄には妻・実父・長女・孫 など詳しく記入してください。
 - ※5. 異動の理由のその他欄には養子縁組・廃業・同居・別居など事実を具体的に記入してください。
 - ※6. 資格抹消時は必ず「資格喪失証明書」の要・不要に○をつけてください。

処理日： 年 月 日

ファイザー健康保険組合