健康保険被扶養者(異動)届

常務理事	事務長		係

提出日	和暦　　年　　月　　日

被保険者証	記号		フリガナ		性別	生年月日	健保使用欄
	番号		被保険者氏名		□男 □女	和暦　　年　　月　　日	

会社名及事業所		資格取得年月日	和暦　　年　　月　　日	フリガナ		標準報酬月額
				被保険者の住所	〒　　－ TEL　　－　　－	千円

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 ※5	異動年月日 (出生日・就職日等)	資格喪失証明書※6	個人番号（12桁）※7
	□男・□女	和暦　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 その他（　）	和暦　年　月　日	□要・□不要	
	□男・□女	和暦　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 その他（　）	和暦　年　月　日	□要・□不要	
	□男・□女	和暦　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 その他（　）	和暦　年　月　日	□要・□不要	
	□男・□女	和暦　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 その他（　）	和暦　年　月　日	□要・□不要	
	□男・□女	和暦　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 その他（　）	和暦　年　月　日	□要・□不要	

〒　　－
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

処理日：　　年　　月　　日

〔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)」を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。
※7. 所属している事業主からマイナンバー提供方法について指示がある場合には、その方法に従ってください。

ファイザー健康保険組合