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６年 12 月 5 日					
被保険者等記号番号	記号	700	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５０年 1 月 ２３ 日
会社名及事業所	ファイザー株式会社	資格取得年月日	和暦 令和２年 4 月1 日	フリガナ		
				被保険者の住所	〒 123 － 4567 東京都新宿区西新宿２丁目８－１	TEL 090 － 1234 － 5678

健保使用欄

標準報酬月額　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	資格確認書発行要否 ※8
ケンポ　ハナコ 健保　花子	男・(女)	和暦 令和6年12 月 1 日	長女	(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 令和 6年12月 1 日	要・(不要)	123456789012	発行が必要 □ ※8に該当する場合のみ
	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		発行が必要 □
	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		発行が必要 □
	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		発行が必要 □
	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		発行が必要 □

〒　－	
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

ファイザー健康保険組合

〔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・不要に〇をつけてください。

※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。

※8. 以下に該当する場合に限り、資格確認書の発行が必要な場合は「発行が必要」の□にチェックを付してください。

・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者

・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者

・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者