

被保険者の記号及び番号	
(記号)	(番号)

## 健 康 保 険 被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	担当者

被保険者	フリガナ			性別	男 女	生年月日	昭和 平成	年 月 日	資格取得の年月日	平成 令和	年 月 日	この届が受理された後の被扶養者数	名	事業所記入欄							
	氏名																				
	住所	〒 -																			
TEL															標準報酬 月額 千円						
被扶養者	増加 減少 の別	被扶養者の氏名		性別	生年月日			被保険者 との続柄	職業等	被保険者 との 居住状況	扶養しはじめた理由又は扶養しなくなった理由とその年月日						健保組合記入欄 (認定又は削除年月日)				
	フリガナ		個人番号								資格確認書発行要否 (該当者で発行が必要な場合のみ)										
	氏名(姓) (名)																				
	増 減		男 女	昭和 平成 令和	年 月 日			有・無	同居 別居	出生・死亡・婚姻・離婚・就職・退職 被保険者の取得・その他( )			年 月 日	認定・削除							
										個人番号				資格確認書発行要否			□ 発行が必要				
	増 減		男 女	昭和 平成 令和	年 月 日			有・無	同居 別居	出生・死亡・婚姻・離婚・就職・退職 被保険者の取得・その他( )			年 月 日	認定・削除							
										個人番号				資格確認書発行要否			□ 発行が必要				
	増 減		男 女	昭和 平成 令和	年 月 日			有・無	同居 別居	出生・死亡・婚姻・離婚・就職・退職 被保険者の取得・その他( )			年 月 日	認定・削除							
										個人番号				資格確認書発行要否			□ 発行が必要				
	増 減		男 女	昭和 平成 令和	年 月 日			有・無	同居 別居	出生・死亡・婚姻・離婚・就職・退職 被保険者の取得・その他( )			年 月 日	認定・削除							
個人番号										資格確認書発行要否				□ 発行が必要							

確認事項	この届出については、①又は②の要件を満たしたものです。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人(被保険者)が確認している。
事業主	所在地 名 称 氏 名 電 話

留意事項

※扶養認定に基づく重要な書類ですので、正確に記入してください。

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、申請者本人(被保険者)の署名が必要となります。

※扶養認定に必要となる書類がありますので、必ず「健康保険被扶養者(異動)届に添付する書類一覧」を確認の上、該当する書類を添付してください。

※「資格確認書発行要否欄」は該当となる方が資格確認書の発行を希望される場合のみ、  
□ 発行が必要に✓をしてください。

受付年月日

フォーラムエンジニアリング健康保険組合