

◆本書類に併せ、該当する「被扶養者現況届」と現況届に記載の必要書類をセットして、事業所の健保担当経由で健保に提出してください。

## 健康保険被扶養者異動届（扶養開始）

事業所欄			<table border="1"> <tr> <td>常務理事</td> <td>事務長</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>担当者</td> <td>担当者</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		常務理事	事務長			担当者	担当者			健保受付印 
			常務理事	事務長									
			担当者	担当者									
社会保険労務士記載欄 _____ _____													
代表者印（丸印）不要													

※自筆の場合は捺印不要。訂正する場合は、二重線で抹消し、訂正印を押してください。

被保険者	保険証番号	1	-	事業所名		
	被保険者氏名	生年月日			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
		電話番号			(日中連絡先)	

今回扶養に入れる家族欄①	ふりがな		続柄	性別	生年月日	
	氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	居住	現住所（同居の場合は記入不要）			異動年月日	
	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				令和 年 月 日	
	個人番号			障がいの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※「有」で医療費の助成を受けている場合、障がい者手帳および医療受給者証のコピーを併せてご提出ください。
申請理由	<input type="checkbox"/> 被保険者の入社 <input type="checkbox"/> 結婚（事実婚含む） <input type="checkbox"/> 転籍 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 雇用保険終了 <input type="checkbox"/> その他（      ）			健保記入欄	認定日：      /      / 給付制限：      /      / 高齢受給者： <input type="checkbox"/>	
今回扶養に入れる家族欄②	ふりがな		続柄	性別	生年月日	
	氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	居住	現住所（同居の場合は記入不要）			異動年月日	
	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				令和 年 月 日	
	個人番号			障がいの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※「有」で医療費の助成を受けている場合、障がい者手帳および医療受給者証のコピーを併せてご提出ください。
申請理由	<input type="checkbox"/> 被保険者の入社 <input type="checkbox"/> 結婚（事実婚含む） <input type="checkbox"/> 転籍 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 雇用保険終了 <input type="checkbox"/> その他（      ）			健保記入欄	認定日：      /      / 給付制限：      /      / 高齢受給者： <input type="checkbox"/>	
今回扶養に入れる家族欄③	ふりがな		続柄	性別	生年月日	
	氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	居住	現住所（同居の場合は記入不要）			異動年月日	
	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				令和 年 月 日	
	個人番号			障がいの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※「有」で医療費の助成を受けている場合、障がい者手帳および医療受給者証のコピーを併せてご提出ください。
申請理由	<input type="checkbox"/> 被保険者の入社 <input type="checkbox"/> 結婚（事実婚含む） <input type="checkbox"/> 転籍 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 雇用保険終了 <input type="checkbox"/> その他（      ）			健保記入欄	認定日：      /      / 給付制限：      /      / 高齢受給者： <input type="checkbox"/>	