

健康保険 被扶養者（異動）届

◎この届書が複写式でない場合は、2枚目の「健康保険の届出書が必要です。その他の被扶養者欄にも必ず記入してください。

被保険者欄
①記号 ②番号 ③被保険者の氏名 ④生年月日 ⑤性別 ⑥資格取得年月日 ⑦標準報酬月額
フリガナ (氏) (名) 昭5 年 月 日 男1 女2 昭5 年 月 日 千円

配偶者である被扶養者欄
⑦被扶養者の氏名 ⑧生年月日 ⑨性別 ⑩続柄 ⑪職業 ⑫収入(年間) ⑬手当金等の受給の有無 ⑭被扶養者になった日 ⑮被扶養者になった理由
フリガナ (氏) (名) 昭5 年 月 日 男1 女2 円 1.なし 2.出産手当金 3.傷病手当金 4.その他( ) 年 月 日 1.婚姻(年 月 日) 2.被扶養者の離職 3.被扶養者の所得減少 4.その他( )

1
⑦被扶養者の氏名 ⑧生年月日 ⑨性別 ⑩続柄 ⑪職業 ⑫収入(年間) ⑬手当金等の受給の有無 ⑭被扶養者になった日 ⑮被扶養者になった理由
フリガナ (氏) (名) 昭5 年 月 日 男1 女2 円 1.なし 2.出産手当金 3.傷病手当金 4.その他( ) 年 月 日 1.出生 2.離職 3.その他( )

2
⑦被扶養者の氏名 ⑧生年月日 ⑨性別 ⑩続柄 ⑪職業 ⑫収入(年間) ⑬手当金等の受給の有無 ⑭被扶養者になった日 ⑮被扶養者になった理由
フリガナ (氏) (名) 昭5 年 月 日 男1 女2 円 1.なし 2.出産手当金 3.傷病手当金 4.その他( ) 年 月 日 1.出生 2.離職 3.その他( )

上記のとおり被保険者から被扶養者の届出があり、内容を確認しましたので提出します。
令和 年 月 日提出
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話

被扶養者になる場合は、個人番号(マイナンバー)を必ず記入してください。
令和 年 月 日提出
社会保険労務士記載欄
氏名等
受付印
西日本パッケージング健康保険組合 2023.12