

健康保険 被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	担 当	担 当

* 太枠内のみご記入ください。

令和 年 月 日 提出			* 扶養削除日が令和7年12月1日までの場合、令和6年12月1日以前に発行された被保険者証をお持ちの方は被保険者証と、新たに加加入した健保組合から発行された資格情報のお知らせの写しを切り取らずに添付してください。														
被保険者等の 記号・番号	記 号	番 号	被保険者 氏名	フリガナ				生 年 月 日				性 別	資 格 取 得 年 月 日				
								昭和 平成	年	月	日	男 女	平・令	年	月	日	
被保険者 住民票住所	〒							電 話	()				標準報酬 月 額	千円			

異動の別	被 扶 養 者 の 氏 名		生 年 月 日				性別	続柄	職業 又は 学年	年間収入 見込額 (税込額)	世帯	扶養をし始めた日 扶養をしなくなった日				理 由	喪失証明書の 要・不要	認 定 及 び 削 除 年 月 日			
増加 ・ 減少	フリガナ		昭和	年	月	日	男 女			万円	同居 別居	令 和	年	月	日	1.被保険者入社 2.出生 3.退職 4.結婚 5.就職 6.その他()	要・不要	令 和	年	月	日
	(氏)	(名)	平成																		
			令和																		
(扶養追加の場合) 資格情報のお知らせの送付先		事業所部署(社内便)・被保険者住民票住所(郵送)・その他()																			
増加 ・ 減少	フリガナ		昭和	年	月	日	男 女			万円	同居 別居	令 和	年	月	日	1.被保険者入社 2.出生 3.退職 4.結婚 5.就職 6.その他()	要・不要	令 和	年	月	日
	(氏)	(名)	平成																		
			令和																		
(扶養追加の場合) 資格情報のお知らせの送付先		事業所部署(社内便)・被保険者住民票住所(郵送)・その他()																			
増加 ・ 減少	フリガナ		昭和	年	月	日	男 女			万円	同居 別居	令 和	年	月	日	1.被保険者入社 2.出生 3.退職 4.結婚 5.就職 6.その他()	要・不要	令 和	年	月	日
	(氏)	(名)	平成																		
			令和																		
(扶養追加の場合) 資格情報のお知らせの送付先		事業所部署(社内便)・被保険者住民票住所(郵送)・その他()																			

確認欄	
☐	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 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が確認している。

※配偶者がデクセリアルズ健保の被保険者の場合、記号番号・氏名をご記入ください。				
配偶者の年収額		配偶者の被保険者等の記号番号・氏名		
万円	記号番号	—	氏名	

事業主 の 確 認	事 務 所 所 在 地
	事 務 所 名 称
	事 業 主 氏 名
	電 話

社会保険労務士記載欄
氏 名 等

受付日付印