

# 健康保険 被扶養者(異動)届

常務理事	部長	係長	係

事業主欄	以下のとおり届出がありましたので提出します。 令和 年 月 日	事業主確認欄(届出対象者が配偶者及び子の場合に限る) 事業主が確認した場合、□に✓してください。	受付年月日
	事業所の所在地	続柄及び住所に関する証明の添付が省略されている者は、届出の内容と相違ないことを確認しました。 □	
	事業主	被保険者の標準報酬月額 千円	
	※国民年金第3号被保険者関係届は別途必要となります。		

被保険者欄	記号	番号	氏名		生年月日		資格取得年月日	
			(カナ)	(名)	昭和 平成	年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日

◎「個人番号(マイナンバー)」欄は「増」の場合のみ記載

◎「住所」欄は被保険者と同じ場合は記載不要

被扶養者欄①	増減の別	氏名				生年月日		個人番号(マイナンバー)									
		(カナ)	(名)	(姓)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日										
	増	性別	続柄	職業等	収入(月額)	扶養しはじめた日又はしなくなった日とその理由		備考									
		男 女				令和 年 月 日	(理由)										
減	住所																
	住民票	〒 -															
居所	〒 -																
被扶養者欄②	増減の別	氏名				生年月日		個人番号(マイナンバー)									
		(カナ)	(名)	(姓)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日										
	増	性別	続柄	職業等	収入(月額)	扶養しはじめた日又はしなくなった日とその理由		備考									
		男 女				令和 年 月 日	(理由)										
減	住所																
	住民票	〒 -															
居所	〒 -																
被扶養者欄③	増減の別	氏名				生年月日		個人番号(マイナンバー)									
		(カナ)	(名)	(姓)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日										
	増	性別	続柄	職業等	収入(月額)	扶養しはじめた日又はしなくなった日とその理由		備考									
		男 女				令和 年 月 日	(理由)										
減	住所																
	住民票	〒 -															
居所	〒 -																
被扶養者欄④	増減の別	氏名				生年月日		個人番号(マイナンバー)									
		(カナ)	(名)	(姓)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日										
	増	性別	続柄	職業等	収入(月額)	扶養しはじめた日又はしなくなった日とその理由		備考									
		男 女				令和 年 月 日	(理由)										
減	住所																
	住民票	〒 -															
居所	〒 -																

◎添付書類

<「増」の場合>

ホームページ(<http://www.osaka-kamisho-kenpo.or.jp/>)をご覧くださいか、健康保険組合(06-4708-3443)まで直接お問い合わせください。

<「減」の場合>

「保険証、高齢受給者証、限度額適用認定証等」及び「新しく加入された保険証の写し」(任意)を添付してください。