

健康保険 被扶養者（異動）届

部長	課長	係長	主任	係

被 保 險 者 情 報	記号 番号		資格取得年月日			標準報酬月額		
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	9999 1234	元号 平成	年 17	月 11	日 01	470	
	氏名 (氏) 健保	ケンボ (名) 太郎	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年 月日	元号 昭和	年 46	月 05	日 26
	住民票住所 (元 000 - 0000) ○○県○○市○○町1丁目123番地 ○○○マンション201号室				備考			

被 扶 養 者 情 報 1	氏名		続柄	性別	生年月日			職業	年間収入	
	(クリガナ) ケンボ (氏) 健保	ハナコ (名) 花子	※	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 女	元号 昭和	年 47	月 11	日 22	パート	約90万円
	扶養になった(でなくなる)日 元号 令和 年 06 月 12 日 01		理由 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 就職 <input checked="" type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 収入超過	<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 雇用保険の受給	(開始 年 月 日)				
	資格確認書 発行要否	発行が必要	<input type="checkbox"/>	個人番号 ※扶養を削除する場合 の記入は不要です。	001234567890					
	※健保処理欄 □ 認定 □ 削除		住所 (住民票住所) (元 -)	資格確認書回収 (削除の場合のみ)	備考 <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 自己破棄済					
同居別居の別 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	→ <input checked="" type="checkbox"/> 同上									

被 扶 養 者 情 報 2	氏名		続柄	性別	生年月日			職業	年間収入
	(クリガナ)	(名)	※	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	元号	年	月	日	
	扶養になった(でなくなる)日 元号 年 月 日		理由 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 収入超過	<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 雇用保険の受給	(開始 年 月 日)			
	資格確認書 発行要否	発行が必要	<input type="checkbox"/>	個人番号 ※扶養を削除する場合 の記入は不要です。	001234567890				
	※健保処理欄 □ 認定 □ 削除		住所 (住民票住所) (元 -)	資格確認書回収 (削除の場合のみ)	備考 <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 自己破棄済				
同居別居の別 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	→ <input type="checkbox"/> 同上								

【被保険者記載欄】日本国内に被扶養者の住民票がない場合は、裏面の要件を確認いただき、該当する番号を備考欄に記載してください。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

【事業主記載欄】事業主の確認により本人押印・署名を省略した場合は、下記にチェックをしてください。

本人押印・署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。

事業 主 証 明 欄	上記のとおり被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します。 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 提出 〒 000 - 0000				受付日付印	確認日付印
	事業所所在地 愛知県○○○市○○町○丁目○番○号					
	事業所名称 ○○○農業協同組合					
	事業主氏名 代表理事組合長 ○○ ○○					
	電話番号 000 (000) 0000					
		愛知県農協健康保険組合				