

健康保険 被扶養者（異動）届

部	長	課	長	係	長	主	任	係

被 保 険 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)	9 9 9 9	1 2 3 4	元号	年	月	日	
	氏名	(フリガナ) ケンボ (氏) 健保	(名) タロウ 太郎	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	元号 昭和 4 6 0 5 2 6	
住民票住所	(〒 000 - 0000) 〇〇県〇〇〇市〇〇〇町1丁目123番地 〇〇〇マンション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
	(フリガナ) ケンボ (氏) 健保	※ ハナコ 妻	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	元号 昭和 4 7 1 1 2 2	パート	約90万円
	扶養になった(でなくなる)日	理由	雇用保険の受給			
	元号 令和 0 6 1 2 0 1	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 雇用保険の受給 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 収入超過 (開始 年 月 日) <input checked="" type="checkbox"/> その他 [雇用形態の変更]				
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。		0 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0		
※健保処理欄	住所(住民票住所)		資格確認書回収 (削除の場合のみ)		備考	
同居別居の別	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	(〒 -)		<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> 自己破棄済		
		<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
	(フリガナ)	※	<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	理由	雇用保険の受給			
	元号 年 月 日	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 雇用保険の受給 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 収入超過 (開始 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 []				
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。				
※健保処理欄	住所(住民票住所)		資格確認書回収 (削除の場合のみ)		備考	
同居別居の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	(〒 -)		<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> 自己破棄済		
		<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。	受付日付印	確認日付印
	令和 〇 年 〇 月 〇 日 提出		
	〒 000 - 0000		
	事業所所在地 愛知県〇〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号		
	事業所名称 〇〇〇農業協同組合		
	事業主氏名 代表理事組合長 〇〇 〇〇		
電話番号 000 (000) 0000			

愛知県農協健康保険組合