

## 健康保険被扶養者異動届

捨印

(2023年12月改正)

年 月 日 提出

被保険者記号番号	記号	被保険者氏名	⑩	性別	男	生年月日	昭和	平成	令和			
	番号				女		年	月	日			
被保険者住所	〒	—	都	道	府	県	標準報酬月額	千円	被保険者資格取得日	昭和	平成	令和
										年	月	日

増減	フリガナ 認定対象者氏名	性別	生年月日	続柄	職業	年間収入	年金受給 の有無	同居別居	異動年月日	異動理由	住所（別居の場合のみ）
増・減	フリガナ	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パート等 <input type="checkbox"/> 正社員等 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 学生【 】 <input type="checkbox"/> その他（ ）	円	有・無	同・別	年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者の取得 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他（ ）	〒 — 都道府県
増・減	フリガナ	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パート等 <input type="checkbox"/> 正社員等 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 学生【 】 <input type="checkbox"/> その他（ ）	円	有・無	同・別	年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者の取得 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他（ ）	〒 — 都道府県
増・減	フリガナ	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パート等 <input type="checkbox"/> 正社員等 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 学生【 】 <input type="checkbox"/> その他（ ）	円	有・無	同・別	年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者の取得 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他（ ）	〒 — 都道府県
増・減	フリガナ	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パート等 <input type="checkbox"/> 正社員等 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 学生【 】 <input type="checkbox"/> その他（ ）	円	有・無	同・別	年 月 日	<input type="checkbox"/> 被保険者の取得 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他（ ）	〒 — 都道府県

## 《必ずお読みください》

- 氏名、生年月日及び住所等については、必ず住民票に記載されているとおりに記入してください。
- 異動年月日欄については、次の異動理由欄の事実発生日（死亡及び離職については事実発生日の翌日）をご記入ください。また、扶養家族を追加する場合は、この届に記載した異動年月日にかかわらず、健康保険組合が扶養を認定した日から有効となります。（※出生の場合に限り誕生日が認定した日となります。）
- 学生の場合、職業欄の学生に○をつけ横の【 】に小学生、中学生、高校○年生、大学○年生と記入してください。なお、高校生以上は学生証の写し又は在学証明書を添付してください。
- 収入欄については、年間見込収入を記入してください。失業手当、傷病手当、障害年金、遺族年金などの非課税収入も含まれます。
- 扶養から外れる場合は、外す人の健康保険証（保険証を紛失されてる場合は返納不能届）を必ず添付してください。また、就職の場合は新しい保険証の写しを添付してください。

万代健康保険組合 理事長 様

所在地	事業所	⑩
名称		
事業主名		
電話番号		

証 返

/