

従業員本人の  
情報を記入して  
ください。

# 健康保険被扶養者（異動）届

削除時記入例

被保険者証 記号番号	(11) 14・15・50 第 99999 号		事業 所 称	<input checked="" type="checkbox"/> フタバ産業株式会社 <input type="checkbox"/> 株式会社 フタバ平泉 <input type="checkbox"/> 株式会社 フタバ九州 <input type="checkbox"/> 任意継続	
所属工場	本・岡・緑・知・幸・六・高・田・九・平・任		社員コード	10000000	
被保険者 氏 名	健保 太郎 (健保)		資格取得 年 月 日	昭和 1 年 1 月 1 日	
	被保険者 生 年 月 日		昭和 48 年 1 月 1 日		被保険者 住 所
					〒 444 - 1111 愛知県額田郡幸田町〇〇1番地1

  

増・減	氏 名 (ふりがな)	性別	続 柄	職 業 (在学名および学年)	被保険者と同居・ 別居の区分および その開始年月日	住 所 (同居の場合記入不要)	扶養し始めた日または 扶養しなくなった日 およびその理由	収入の有無と 年間収入金額	資格確認書 発行の要否※	健保使用欄	
										認定・削除 年月日	確認
増・減	けんぽ はなこ 健保 花子	男・女	妻	会社員	同居・別居 昭和30年1月1日		7 年 4 月 1 日 (理由) 収入増	有 無 1600000	必要・不要		
増・減	けんぽ いちろう 健保 一郎	男・女	長男	会社員	同居・別居 平成5年1月1日	× 県〇市△ 町×地 ●アパート	7 年 4 月 1 日 (理由) 就職	有・無 3000000 円	必要・不要		
増・減					同居・別居						
増・減					同居・別居						

今後の見込み年収  
をご記入ください。

## 【記入箇所】

- ・赤枠内全てご記入、ご捺印(2か所)ください。
- ・複数名削除される場合は、次段へご記入ください。
- ・申請に必要な添付書類は別紙「扶養認定削除時の添付書類一覧」をご確認ください。

2カ所捺印してください。

◎ この届出書は次のようなときに事業主を経由して提出してください。

1. 被扶養者に異動(出生、結婚など)があったときは、その日から5日以内に必要書類を添付して提出してください(裏面参照)。
2. 被扶養者に異動(就職、死亡など)があったときは、その日から5日以内に該当者の健康保険被保険者証を添付して提出してください。

※ 資格確認書はマイナンバーカードを保険証として登録している方には発行できません。

