

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	事業所名	<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								
所属工場	本 岡・緑・知・幸・六・高・田・九・平・任		<input type="checkbox"/> 株式会社 フタバ九州	<input type="checkbox"/> 任意継続								
社員コード	10000000	資格取得年月日	昭和 平成 令和 1年1月1日	被保険者住所 〒 444 - 1111 愛知県額田郡幸田町○○1番地1								
被保険者氏名	健保 太郎	健保	被保険者生年月日 昭和 平成 48年1月1日									
削除したいご家族の情報を記入してください。		氏名	性別	続柄	職業 (在学年)	被保険者と同居・別居の区分およびその開始年月日 (同居の場合記入不要)	住 所	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 妻	女	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	今後の見込み年収を記入ください。			
増減	けんぽ いちろう 健保 一郎	男 長男	女	会社員	同居・別居 平成5年1月1日	7年4月1日 (理由) 就職	有 無 3000000 円	必要・不要				
増減	年 月 日	年 月	年 月	同居・別居								
増減	年 月 日	年 月	年 月	司居・別居								
<p>【記入箇所】</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 												

◎ 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。

- 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)。
 - 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。

