

# 健康保険 被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	課長	係員

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号	被保険者等 番号	生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	備考	
	被保険者 個人番号	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください		取得 年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	収入 (年収)
	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	住所	円					

被 扶 養 者 欄	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
	続柄	職業	収入 (年収)	円	住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒	備考	
	被扶養者 になった 日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	被扶養者 から除か れた日	7.平成 9.令和	理由	
	資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要		備考					

被 扶 養 者 欄	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
	続柄	職業	収入 (年収)	円	住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒	備考	
	被扶養者 になった 日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	被扶養者 から除か れた日	7.平成 9.令和	理由	
	資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要		備考					

被 扶 養 者 欄	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
	続柄	職業	収入 (年収)	円	住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒	備考	
	被扶養者 になった 日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	被扶養者 から除か れた日	7.平成 9.令和	理由	
	資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要		備考					

事業所 所在地	〒	-
事業所 名称		
事業主 氏名	印	
電話番 号	( )	( )

令和 年 月 日 提出 受付年月日

社会保険労務士の代行者印	
	印

京成電鉄健康保険組合

- 注意  
事項
- この届書を提出するときは健康保険被保険者証を添付してください。(資格取得時を除く)
  - 続柄欄には「夫」、「妻」、「父」、「母」、「子」、「祖父」、「祖母」などと記入してください。
  - 職業欄には「主婦」、「年金受給者」、「小学生」、「中学生」、16歳以上の学生の場合は「高校〇年」、「パート」等と記入してください。
  - 年間収入見込欄には、非課税対象となる年金(障害・遺族)、失業給付、傷病手当金等も含まれます。
  - 理由欄には扶養になった或いはならなくなった理由として、結婚、出生、失業、死亡、養子縁組、後期高齢者該当等事実を具体的に記入してください。