健康保険 被扶養者 異動届

記入例

被保険者欄

被保険者証の記号	1141	被保険者証の番号	123456
マイナンバー	○○○○○○○○○○○○	生年月日	5.昭和 (7.平成) 9.令和 0 1 年 0 3 月 0 1 日
氏名 (フリガナ)	(氏) サカイ (名) タロウ	備考	
氏名	(氏) 堺 (名) 太郎 ㊞	取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 0 2 年 0 4 月 0 1 日
		収入(年収)	XXX 円
住所	〒 000-0000 ○○県××市△△ 1-23-45		

被扶養者欄

氏名 (フリガナ)	(氏) サカイ (名) ハナコ	生年月日	5.昭和 (7.平成) 9.令和 0 5 年 1 2 月 2 6 日
氏名	(氏) 堺 (名) 花子	性別	1.男 (2.女)
マイナンバー	△△△△△△△△△△△△		
続柄	妻	職業	○○○
収入(年収)	XXX 円	住所	(1.同居) 2.別居 別居の場合 〒 -
被扶養者になった日	9.令和 0 2 年 0 5 月 1 2 日	被扶養者から除かれた日	9.令和 年 月 日
理由	□□□□		
住民票住所	同上 ☑ 〒 都道府県 市区町村	当該届出書の提出年1月1日の住所	同上 ☑ 〒 都道府県 市区町村
備考			

被扶養者欄の住所と同じ場合、同上にチェックを入れてください。なお、その場合は隣の住所の記入は不要です。(他の被扶養者欄においても同様)

被扶養者欄

氏名 (フリガナ)	(氏) サカイ (名) ケンタ	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 0 2 年 0 7 月 1 5 日
氏名	(氏) 堺 (名) 健太	性別	(1.男) 2.女
マイナンバー	□□□□□□□□□□□□		
続柄	子	職業	無職
収入(年収)	0 円	住所	(1.同居) 2.別居 別居の場合 〒 -
被扶養者になった日	9.令和 0 2 年 0 7 月 1 5 日	被扶養者から除かれた日	9.令和 年 月 日
理由	出生		
住民票住所	同上 ☑ 〒 都道府県 市区町村	当該届出書の提出年1月1日の住所	同上 ☑ 〒 都道府県 市区町村
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
氏名		性別	1.男 2.女
マイナンバー			
続柄		職業	
収入(年収)	円	住所	1.同居 2.別居 別居の場合 〒 -
被扶養者になった日	9.令和 年 月 日	被扶養者から除かれた日	9.令和 年 月 日
理由			
住民票住所	同上 □ 〒 都道府県 市区町村	当該届出書の提出年1月1日の住所	同上 □ 〒 都道府県 市区町村
備考			

令和　年　月　日 提出

事業所所在地	〒 -
事業所名称	ここは記入不要です。
事業主氏名	㊞
電話番号	(　)

常務理事	事務長	担当	担当

サカイ引越センター健康保険組合