

健康保険被扶養者届(異動届)

申請の事由が被扶養者の増加(出生を除く)の場合は、この届のほかに「被扶養者認定同」も提出して下さい。

アンリツ健康保険組合 御中

削除の場合、保険証を添付

この異動届は、被扶養者に異動が生じた時から速やかに事業主経由で提出して下さい。

2部提出

太枠内のみ記入

令和 年 月 日提出

被 保 険 者	記号		番号 (社員番号)				フリガナ	男 ・ 女	生 年 月 日			資格取得年月日					
	1	3					氏 名			昭・平・令	年	月	日 (才)	昭・平・令	年	月	日
	職場 記号				内線				住 所	〒							

記 入 例	フリガナ				性別	生 年 月 日		続柄	職業又は 学年注1	同居 ・ 別居	身障者 手帳の 交付	公費 負担 受給	届出の理由	備 考 注2	認定年月日			
	氏 名				個人番号 (マイナンバー)											出生	乳幼児 医療制度	健保組合 記入欄
	アン リツ ジロウ 安 立 二 郎				男 女	昭・平 19・7・10	(△△才)	二男	無職	同居 別居	有・無	有 無						

被 扶 養 者 に な る 者		男	昭・平・令 (才)			同居 ・ 別居	有・無	有 ・ 無			
		女	・								
		男	昭・平・令 (才)			同居 ・ 別居	有・無	有 ・ 無			
		女	・								
	男	昭・平・令 (才)			同居 ・ 別居	有・無	有 ・ 無				
	女	・									

被 扶 養 者 か ら 除 く 者		男	昭・平・令 (才)			被扶養者から除く理由	年月日	削除年月日
		女	・					
		男	昭・平・令 (才)			被扶養者から除く理由	年月日	削除年月日
女		・						

必要事項を全て記入し
(1部複写し)
2部ご提出ください

20才以上60才未満の配偶者を
扶養申請する場合は、別途「国
民年金第3号被保険者資格取
得届」も提出して下さい。

＜添付書類等＞

増加 出生:住民票
出生以外は、別表1参照

削除 該当者の被保険者証
就職:新しい資格確認書・
資格情報のお知らせ 等

＜記入上の注意＞

注1 「職業又は学年」欄には、職
業の文字にかかわらず、大
学3年・年金収入・利子収
入・内職・無職などを記入し
て下さい。

注2 「備考」欄には、公費負担を
受けている場合に、その内
容を記入して下さい。

受付印

事 業 主 証 明	住所	事業所担当者
上記の通り相違ないことを 証明します。	氏名	
令和 年 月 日	電話	

常務理事	事務長	主 任	事 務	事 務	担当者

電算処理	証 交付・回収
	交付 回収
【原本】健保組合 【複写】健保→事業主控 2507T01	