

健康保険被扶養者（異動） 追 加 除 届

被保険者証の記号と番号	被保険者の氏名（自署）	生年月日	性別	資格取得年月日
—		S H 年 月 日生	男・女	S H R 年 月 日

被保険者の住所	〒 —	日中連絡先 電話番号	※平日日中すぐに連絡可能な電話番号 電話 — — (内線)
---------	-----	---------------	-----------------------------------

(フリガナ) 被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄 <small>(例：長男等)</small>	被扶養者になった日 または除かれた日	申請する理由	収入 (年額)	職業	その他 <small>・被保険者と別居の場合は住所を記入 ・外国籍の方は国籍を記入</small>
	S H R 年 月 日生	男 ・ 女		H R 年 月 日		万円		〒
	S H R 年 月 日生	男 ・ 女		H R 年 月 日		万円		〒
	S H R 年 月 日生	男 ・ 女		H R 年 月 日		万円		〒
	S H R 年 月 日生	男 ・ 女		H R 年 月 日		万円		〒

この届出は申請者本人が作成したものであり、記載内容について誤りがないことを申請者本人が確認しています。

備考

※以下は必ず事業主（総務担当役職者）が記入すること。

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
総務担当役職者氏名 および連絡先	電話 — — (内線)

- ・ 追加の場合、認定基準、必要書類等の詳細は「被扶養者承認申請の手引き」（当健保のホームページに掲載）をご参照ください。
- ・ 削除の場合、以下のものを添付してください。

①削除対象者の被保険者証
（紛失された場合は、「資格喪失時健康保険被保険者証紛失届」）
 ②削除対象者が新たに取得された被保険者証の写し（就職等）
（削除対象者の「氏名」「資格取得日」を確認します。その他の情報は適宜
 消去の上添付して下さい。）
- ・ この届出書による認定の結果は、事業主に通知されます。

健保 使用 欄	令和 年 月 日
	常務理事 検印 担当

・ 事業主記入欄を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容の記入と事業主（総務担当役職者）氏名のサインをご記入ください。