

正

健康保険被扶養者（異動）届

今後1年間の見込額を記入

※必ず正・副2枚提出してください。 ※続柄は、「子」とは記入せず、「長男」「長女」のように記入してください。

被保険者欄	被保険者証記号	99	被保険者証番号	1234	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	X	X	X	X	X	X	性別	1.男 2.女
	氏名 (フリガナ)	〇〇〇	氏名 (名)	〇〇〇〇	取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	X	X	X	X	X	X	収入 (年収)	X,XXX,XXX円
	氏名 (フリガナ)	〇〇	氏名 (名)	〇〇	住民票住所	〒 XXX - XXXX 東京都〇〇区〇〇町X-X-X								

認定の場合

扶養者欄	氏名 (フリガナ)	〇〇〇	氏名 (名)	〇〇〇〇	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	X	X	X	X	X	X	性別	1.男 2.女	
	続柄	妻	職業	無職	収入 (年収)	0円	住民票住所	1.同居 2.別居							
	被扶養者になった日	9.令和	0	5	0	9	1	1	被扶養者でなくなった日	9.令和				理由	勤務先退職のため
	当該届出書の提出年1月1日現在の住所 ※上記住民票住所と同じ場合は省略可	〒 - 都道府県 市区町村 備考 扶養に至った理由													

削除の場合

被扶養者欄	氏名 (フリガナ)	〇〇〇	氏名 (名)	〇〇〇〇	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	X	X	X	X	X	X	性別	1.男 2.女			
	続柄	二男	職業	会社員	収入 (年収)		住民票住所	1.同居 2.別居 別居の場合 〒 XXX - XXXX 〇〇県〇〇市〇〇町X-X-X									
	被扶養者になった日	9.令和							被扶養者でなくなった日	9.令和	X	X	X	X	X	理由	就職
	当該届出書の提出年1月1日現在の住所 ※上記住民票住所と同じ場合は省略可	〒 - 都道府県 市区町村 備考 扶養削除の理由															

被扶養者欄	氏名 (フリガナ)		氏名 (名)		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和							性別	1.男 2.女	
	続柄		職業		収入 (年収)		住民票住所	1.同居 2.別居 別居の場合 〒 -							
	被扶養者になった日	9.令和							被扶養者でなくなった日	9.令和				理由	
	当該届出書の提出年1月1日現在の住所 ※上記住民票住所と同じ場合は省略可	〒 - 都道府県 市区町村 備考													

【 事業主記載欄 】 事業主の確認により本人の押印・署名を省略した場合は、次の該当するものにチェックをしてください。

- 本人押印・署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。
- 本人押印・署名の省略にあたり、記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。

※添付書類は、『被扶養者認定に必要な添付書類一覧』を確認ください。

事業所所在地	〒 XXX - XXXX 〇〇県〇〇市〇〇町XX-X
事業所名称	株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇
事業主氏名	代表取締役社長 〇〇 〇〇
電話番号	XX (XXXX) XXXX

令和 X年 XX月 XX日 提出

受付年月日

社会保険労務士記載欄

自動車振興会健康保険組合