健康保険被扶養者（異動）届

※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。

今後1年間の見込額を記入

被保険者欄

被保険者等記号	99	被保険者等番号	1234	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 X X 年 X X 月 X X 日	性別	1.男 2.女
氏名（フリガナ）	○○○	○○○○		取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 X X 年 X X 月 X X 日	収入（年収）	X,XXX,XXX円
（氏）	○○	（名）	○○	住民票住所	〒 XXX － XXXX 東京都○○区○○町X－X－X		

認定の場合

二男、三女のように記入

今後1年間の見込額を記入

個人番号を必ず記入
※記載されている場合収入証明書、住民票の提出が省略可

氏名（フリガナ）	○○○	○○○○		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 X X 年 X X 月 X X 日	性別	1.男 2.女
（氏）		（名）	○○	個人番号			

扶養者欄

続柄	妻	職業	無職	収入（年収）	0円	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 0 5 年 0 9 月 1 1 日	被扶養者でなくなった日	9.令和 年 月 日	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	資格確認書発行の要否			

扶養に至った理由

削除の場合

被扶養者欄

氏名（フリガナ）	○○○	○○○○		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 X X 年 X X 月 X X 日	性別	1.男 2.女
（氏）	○○	（名）	○○	個人番号			

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 ○○県○○市○○町X－X－X

被扶養者になった日	9.令和 年 月 日	被扶養者でなくなった日	9.令和 X	年 X X 月 X X 日	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	資格確認書発行の要否				

扶養削除の理由

被扶養者欄

氏名（フリガナ）				生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	性別	1.男 2.女
（氏）		（名）		個人番号			

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 年 月 日	被扶養者でなくなった日	9.令和 年 月 日	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	資格確認書発行の要否	□ 発行が必要		

【 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。

※資格確認書の交付が必要な方は、「□発行が必要」欄に☑チェックを入れ、「健康保険資格確認書（再）交付申請書」を添付してください。

※異動届の申請に必要な添付書類については、『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 ○○県○○市○○町XX-X
事業所名称	株式会社○○○○○○○
事業主氏名	代表取締役社長 ○○ ○○
電話番号	XX （ XXXX ） XXXX

令和 X年 XX月 XX日 提出

受付印

社会保険労務士記載欄

自動車振興会健康保険組合