

# 健康保険被扶養者（異動）届 訂正届

※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。

届出名には「訂正届」と  
朱書きしてください

被保険者欄	被保険者等 記号	1	被保険者等 番号	1234	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	5	5	0	8	年	月	日	収入 (年収)	600万円	
	氏名	(フリガナ)	ケンポ	(名)	タロウ	取得 年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	0	7	0	1	0	1	日		
		(氏)	健保	(名)	太郎	住民票 住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇									

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	ケンポ	(名)	ハナコ	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	5	8	1	0	1	0	日	性別	1.男	2.女
		(氏)	健保	(名)	花子 華子	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8	7
	続柄	妻	職業	パート	収入 (年収)	100万円	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	7	0	1	0	1	日	被扶養者で なくなった日	9.令和				理由	被保険者の取得に伴い	
当該届出書の提出年1月1日現在の住所 ※上記住民票と同じ場合は省略可					〒	-									資格確認書 発行の要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要	

「誤」は朱書き  
「正」は黒書き で2段書きしてください

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)		(名)		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和							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	<input type="checkbox"/> 発行が必要	

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)		(名)		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和							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	<input type="checkbox"/> 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	〒	-																
事業所 名称																		
事業主 氏名																		
電話番号	(		)															

令和 年 月 日 提出

受付印

社会保険労務士記載欄

氏名等

自動車振興会健康保険組合