

任継用

健康保険被扶養者（異動）届

今後1年間の見込額を記入

※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	被保険者等記号	被保険者等番号	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)	氏名 (氏)	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
	続柄	職業	収入(年収)	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)	氏名 (氏)	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)	氏名 (氏)	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									
	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	資格確認発行の要否	扶養削除の理由						

被扶養者欄	氏名 (フリガナ)	氏名 (氏)	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								
	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	資格確認発行の要否	□ 発行が必要					

※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 X年 XX月 XX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