

健康保険被扶養者異動届

認定様式第1号

区 分 (○で囲むこと)	新規・追加・削除		提出日：令和 年 月 日			決					
被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名				被保険者 生年月日	昭和・平成 年 月 日			
事業所名称				注① 被保険者	住民票 住所	〒					
					居住住所	〒					
フリガナ	性別	生年月日	注② 続柄	注③ 職 業	注④ 収入額	被扶養者となった日 でなくなった日	注⑤ 理 由	認 定 年 月 日 (記入しないで下さい)			
		個人番号									
住民票 住所	被保険者と同一 <input type="checkbox"/>	男 S H R 年 月 日			円	令和 年 月 日		令和 年 月 日			
居住住所	同居・別居	女									
		男 S H R 年 月 日			円	令和 年 月 日		令和 年 月 日			
住民票 住所	被保険者と同一 <input type="checkbox"/>	女						令和 年 月 日			
居住住所	同居・別居	男 S H R 年 月 日			円	令和 年 月 日		令和 年 月 日			
		女									
住民票 住所	被保険者と同一 <input type="checkbox"/>	男 S H R 年 月 日			円	令和 年 月 日		令和 年 月 日			
居住住所	同居・別居	女						令和 年 月 日			

入力者	被保険者証

上記の届について事実相違ないことを証明いたします。

(注)
 ① 住民票住所と居住住所が同じ場合は「同上」と省略可。
 ② 続柄は、妻、長男、養子、実父、養父等正しくご記入ください。
 ③ 職業は小学生・中学生・高校生・大学生、パート、無職等をご記入ください。
 ④ 収入のある方は、必ず収入月額をご記入ください。
 ⑤ 扶養の理由は、結婚・出生・就職・退職・離婚・死亡などの事実を具体的にご記入ください。

令和 年 月 日
 所在地 _____
 事業主 _____
 氏 名 _____

受付日付印