保険証関係書類提出は必ず本人→事業主→健保でお願いします。
被保険者（減）の場合は5日以内に保険証を添付して提出してください。

常務理事	事務長	扱者

健康保険　被扶養者（異動）届

健康保険被保険者証 記号	健康保険被保険者証 番号	被保険者の氏名（フリガナ）	生年月日	性別	資格取得年月日
		（フリガナ） ㊞	昭・平　年　月　日	男 女	昭・平　年　月　日
被保険者の住所	〒　　－		所属名		内線

異動内容	被扶養者の氏名（フリガナ）（申請するご家族名）	性別	生年月日	続柄	職業	新規追加または削除の理由とその年月日	世帯の別	別居家族の住所と理由	健保記入欄 認定・抹消の年月日
増 減	ﾌﾘｶﾞﾅ	男 女	昭 平　年　月　日			年　月　日	同居 別居	〒 （理由）	認定　抹消 年　月　日
増 減	ﾌﾘｶﾞﾅ	男 女	昭 平　年　月　日			年　月　日	同居 別居	〒 （理由）	認定　抹消 年　月　日
増 減	ﾌﾘｶﾞﾅ	男 女	昭 平　年　月　日			年　月　日	同居 別居	〒 （理由）	認定　抹消 年　月　日
増 減	ﾌﾘｶﾞﾅ	男 女	昭 平　年　月　日			年　月　日	同居 別居	〒 （理由）	認定　抹消 年　月　日
増 減	ﾌﾘｶﾞﾅ	男 女	昭 平　年　月　日			年　月　日	同居 別居	〒 （理由）	認定　抹消 年　月　日

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電　　話	上記のとおり相違ないことを証明します。 〒　　－ －　　－　　㊞

平成　　年　　月　　日 提出　　受付日付