

健康保険被扶養者届(異動届)

申請の事由が被扶養者の増加(出生を除く)の場合は、**この届のほかに「被扶養者認定届」も提出**して下さい。

アンリツ健康保険組合 御中
太枠内のみ記入

削除の場合、保険証を添付

この異動届は、被扶養者に異動が生じた時から5日以内に**事業主経由**で提出して下さい。

令和 年 月 日提出

2部提出

必要事項を全て記入し
(1部複写し)
2部ご提出ください

20才以上60才未満の配偶者を扶養申請する場合は、別途「国民年金第3号被保険者資格取得届」も提出して下さい。

<添付書類等>

増加 出生:住民票
出生以外は、別表1参照

削除 該当者の被保険者証
新しい保険証のコピー(該当)

<記入上の注意>

注1 「職業又は学年」欄には、職業の文字にかかわらず、大学3年・年金収入・利子収入・内職・無職などを記入して下さい。

注2 「備考」欄には、公費負担を受けている場合に、その内容を記入して下さい。

受付印

被保険者	記号	番号(社員番号)	フリガナ	男・女	生年月日	資格取得年月日
	1 3		氏名		昭・平・令 年 月 日(才)	昭・平・令 年 月 日
	職場記号	内線	住所			

記入例	フリガナ	性別	生年月日	続柄	職業又は学年 注1	同居・別居	身障者手帳の交付	公費負担受給	届出の理由	備考 注2	認定年月日
	氏名		個人番号(マイナンバー)								
	アンリツ ジロウ	男	昭・平 (△△才)	二男	無職	同居	有	有	出生	乳幼児医療制度	健保組合記入欄
	安立 二郎	女	19・7・10			別居	無	無			

被扶養者になる者	男・女	昭・平・令 (才)		同居・別居	有・無	有・無		
	男・女	昭・平・令 (才)		同居・別居	有・無	有・無		

被扶養者から除く者	男・女	昭・平・令 (才)		被扶養者から除く理由	年月日	削除年月日

事業主証明	住所	事業所担当者
上記の通り相違ないことを証明します。	氏名	
令和 年 月 日	電話	

常務理事	事務長	主任	事務	担当者

電算処理	証 交付・回収
	交付 回収
【原本】健保組合 【複写】健保→事業主控 2408T01	

