

**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。

**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 <b>注1</b>	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 <b>注2</b>	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・無	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	級	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
	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	常務理事代理	事務長	事務	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	
2312T01	