

健康保険被扶養者(異動)届

事務長	部長	課長	係長	係員

被 保 険 者 欄	被保険者証の記号と番号		被保険者の氏名		生年月日	
	記号	番号			昭和・平成 年 月 日	
	住所	〒 -				
(住民票上の住所)						

※本人押印・署名の省略にあたり、事業主が被保険者に届出意思を確認した場合は、右記の「届出意思確認済」の口に✓を付けてください。

届出意思確認済

被扶養者になった者(増)

①	被扶養者になった者の氏名		生年月日	性別	続柄	職業	月平均収入額	同居・別居の別	
	(フリガナ)		昭和・平成・令和 年 月 日	男 ・ 女			円	同居・別居	
	住所	〒 - ※住民票上の住所と居所が異なる場合は「居所届」を添付してください。							
	(住民票上の住所)		被扶養者になった日		被扶養者になった理由 (○で囲んでください)		個人番号 (マイナンバー)		
	令和 年 月 日		・出生 ・結婚 ・退職 ・被保険者の資格取得 ・その他()						
②	被扶養者になった者の氏名		生年月日	性別	続柄	職業	月平均収入額	同居・別居の別	
	(フリガナ)		昭和・平成・令和 年 月 日	男 ・ 女			円	同居・別居	
	住所	〒 - ※住民票上の住所と居所が異なる場合は「居所届」を添付してください。							
	(住民票上の住所)		被扶養者になった日		被扶養者になった理由 (○で囲んでください)		個人番号 (マイナンバー)		
	令和 年 月 日		・出生 ・結婚 ・退職 ・被保険者の資格取得 ・その他()						
③	被扶養者になった者の氏名		生年月日	性別	続柄	職業	月平均収入額	同居・別居の別	
	(フリガナ)		昭和・平成・令和 年 月 日	男 ・ 女			円	同居・別居	
	住所	〒 - ※住民票上の住所と居所が異なる場合は「居所届」を添付してください。							
	(住民票上の住所)		被扶養者になった日		被扶養者になった理由 (○で囲んでください)		個人番号 (マイナンバー)		
	令和 年 月 日		・出生 ・結婚 ・退職 ・被保険者の資格取得 ・その他()						

被扶養者でなくなった者(減)

	被扶養者でなくなった者の氏名	生年月日	性別	続柄	被扶養者でなくなった日	被扶養者でなくなった理由
①		昭和・平成・令和 年 月 日	男 ・ 女		令和 年 月 日	・就職 ・死亡 ・収入超過 ・その他()
②		昭和・平成・令和 年 月 日	男 ・ 女		令和 年 月 日	・就職 ・死亡 ・収入超過 ・その他()
③		昭和・平成・令和 年 月 日	男 ・ 女		令和 年 月 日	・就職 ・死亡 ・収入超過 ・その他()

受付日付印

東京中央卸売市場健康保険組合	事業所所在地	〒 -	
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電話	()	

証書	
----	--