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	記号	番号	被保険者の氏名	生年月日
				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□に✓を付してください。

届出意思確認済 □

被扶養者になった者(増)

	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
①	(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) 〒 － ※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。					資格確認書発行要否	□ 発行が必要
	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) 〒 － ※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。					資格確認書発行要否	□ 発行が必要
	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) 〒 － ※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。					資格確認書発行要否	□ 発行が必要
	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	

令和6年12月 改