※この用紙は、３枚複写（正・副・第3号用）になっていますので健康保険組合まで
必要部数をご連絡ください。用紙をお送りします。

常務理事	事務長	課　長	係　長	係　員

健康保険被扶養者（異動）届

正

◎網掛け部分の記入は必要ありません。ただし、この届書の3枚目の国民年金第3号被保険者にかかる届書を同時に届出する場合には、必ず記入してください。
◎被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。

被保険者欄

①健康保険被保険者証の記号	②健康保険被保険者証の番号	㋐被保険者の氏名	③生年月日	㋑性別	④異動の別	㋒変更内容（削除(変更)の場合）	㋓資格取得年月日	㋔標準報酬月額
		(氏)　(名)　㊞	★昭.5 平.7　年　月　日	★男 1 ・ 女 2	★追加1 ・ 削除2（変更）	★1.死亡 2.氏名変更(訂正) 3.生年月日訂正 4.性別訂正 5.その他	年　月　日	千円

㋕基礎年金番号又は手帳記号番号	㋖郵便番号	㋗被保険者の住所	㋘TEL
	―	(フリガナ)	

配偶者である被扶養者欄

㋙配偶者基礎年金番号又は手帳記号番号	㋚生年月日（訂正後）	㋛手帳記号番号	㋜被扶養者（第３号被保険者）になった理由	㋝被扶養者（第３号被保険者）でなくなった理由
	★昭.5 平.7　年　月　日		★ア.被保険者が被用者保険制度に加入 イ.被保険者の所属する年金制度等の変更 a.厚生年金保険→共済組合 b.共済組合→厚生年金保険 c.共済組合→共済組合 ウ.婚姻 エ.被扶養者の離職(2号喪失) オ.被扶養者の所得減少 カ.その他（　）	★死亡 その他（　）

⑤同居・別居の別	⑥被扶養者の氏名	⑦生年月日	⑧性別	⑨続柄	㋞職業	㋟収入	⑩被扶養者になった日 被扶養者でなくなった日	⑪※認定年月日 ※削除年月日	㋠備考
同・別	(氏)　(名) (フリガナ)	★昭.5 平.7　年　月　日 個人番号	★男 1 女 2	※			年　月　日	・　・ ・　・	

㋡郵便番号	㋢住所	㋣氏名変更(訂正)年月日	㋤外国人区分	㋥被扶養者通称名	㋦種別	㋧強制付番指定	㋨年金手帳作成
―	(フリガナ)	年　月　日	★ 0.日本人 1.米国人(強制) 2.1以外の外国人	(フリガナ)		※ 1.強制付番指定	★ 1.年金手帳再交付

㋭被扶養者でない配偶者を有するときに記入してください	配偶者の年間収入　円	被保険者の年間収入　円

その他の被扶養者欄

⑤同居・別居の別	⑥被扶養者の氏名	⑦生年月日	⑧性別	⑨続柄	㋞職業	㋟収入	⑩被扶養者になった日 被扶養者でなくなった日	⑪※認定年月日 ※削除年月日	㋡理由	㋢住所
同・別	(氏)　(名) (フリガナ)	★昭.5 平.7 令.9　年　月　日 個人番号	★男 1 女 2	※			年　月　日	・　・ ・　・		
同・別	(氏)　(名) (フリガナ)	★昭.5 平.7 令.9　年　月　日 個人番号	★男 1 女 2	※			年　月　日	・　・ ・　・		
同・別	(氏)　(名) (フリガナ)	★昭.5 平.7 令.9　年　月　日 個人番号	★男 1 女 2	※			年　月　日	・　・ ・　・		

上記のとおり被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します。

令和　年　月　日提出

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名　印
電話　（　局）　番

社会保険労務士の提出代行者印	
	印

神奈川県自動車整備健康保険組合