

正

正・副2枚を提出してください。

健康保険被扶養者（異動）届

令和 年 月 日提出

決		裁	

被 保 険 者	被保険者証の 記号		被保険者証の番号		生年 月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	備考	
	氏 名	(フリガナ)	(氏)	(名)	取 得 年 月 日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	標準報酬 月 額	千円
						住所	〒				

被 扶 養 者	氏 名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年 月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
					個人 番号						
	続 柄	職 業	収 入 (年収)	住 所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒				備考	
	被扶養者 になった 日	9.令和	年	月	日	被扶養者 から除か れた日	9.令和	年	月	日	理由

被 扶 養 者	氏 名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年 月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
					個人 番号						
	続 柄	職 業	収 入 (年収)	住 所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒				備考	
	被扶養者 になった 日	9.令和	年	月	日	被扶養者 から除か れた日	9.令和	年	月	日	理由

被 扶 養 者	氏 名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年 月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
					個人 番号						
	続 柄	職 業	収 入 (年収)	住 所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒				備考	
	被扶養者 になった 日	9.令和	年	月	日	被扶養者 から除か れた日	9.令和	年	月	日	理由

被 扶 養 者	氏 名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年 月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
					個人 番号						
	続 柄	職 業	収 入 (年収)	住 所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒				備考	
	被扶養者 になった 日	9.令和	年	月	日	被扶養者 から除か れた日	9.令和	年	月	日	理由

事業所 所在地	〒
事業所 名称	
事業主 氏名	
電話番号	()

受付日付印

令和 年 月 日

国会議員秘書健康保険組合 殿

注意事項

- この届書を提出するときは健康保険被保険者証を添付してください。（資格取得時を除く）
- 続柄欄には「夫」、「妻」、「父」、「母」、「子」、「祖父」、「祖母」などと記入してください。
- 職業欄には「主婦」、「年金受給者」、「小学生」、「中学生」、16歳以上の学生の場合は「高校〇年」、「パート」等と記入してください。
- 収入欄には、非課税対象となる年金（障害・遺族）、失業給付、傷病手当金等も含まれます。
- 理由欄には扶養になった或いはならなくなった理由として、結婚、出生、失業、死亡、養子縁組、後期高齢者該当等事実を具体的に記入してください。

副

正・副2枚を提出してください。

健康保険被扶養者（異動）届

令和 年 月 日提出

被 保 険 者	被保険者証の 記号	被保険者証の番号	生年 月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	備考	
	氏 名	(フリガナ) (氏)	(名)	取 得 年 月 日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	標準報酬 月 額 千円
			住所	〒					

被 扶 養 者	氏 名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年 月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
	続 柄	職 業	収 入 (年収)	住 所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒			備考	
	被扶養者 になった 日	9.令和	年	月	日	被扶養者 から除か れた日	9.令和	年	月	日

被 扶 養 者	氏 名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年 月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
	続 柄	職 業	収 入 (年収)	住 所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒			備考	
	被扶養者 になった 日	9.令和	年	月	日	被扶養者 から除か れた日	9.令和	年	月	日

被 扶 養 者	氏 名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年 月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
	続 柄	職 業	収 入 (年収)	住 所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒			備考	
	被扶養者 になった 日	9.令和	年	月	日	被扶養者 から除か れた日	9.令和	年	月	日

被 扶 養 者	氏 名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年 月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
	続 柄	職 業	収 入 (年収)	住 所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒			備考	
	被扶養者 になった 日	9.令和	年	月	日	被扶養者 から除か れた日	9.令和	年	月	日

事業所 所在地	〒
事業所 名称	
事業主 氏名	殿
電話番号	()

上記のとおり(認定・削除)しました
ので通知します。

受付日付印

令和 年 月 日

国会議員秘書健康保険組合理事長

注意事項

- この届書を提出するときは健康保険被保険者証を添付してください。(資格取得時を除く)
- 続柄欄には「夫」、「妻」、「父」、「母」、「子」、「祖父」、「祖母」などと記入してください。
- 職業欄には「主婦」、「年金受給者」、「小学生」、「中学生」、16歳以上の学生の場合は「高校〇年」、「パート」等と記入してください。
- 収入欄には、非課税対象となる年金(障害・遺族)、失業給付、傷病手当金等も含まれます。
- 理由欄には扶養になった或いはならなくなった理由として、結婚、出生、失業、死亡、養子縁組、後期高齢者該当等事実を具体的に記入してください。