

健康保険 被扶養者異動届

申請日	令和 3 年 7 月 1 日						
①被保険者等 記号・番号	記号	2	②事業所の 名称と所属	ANA〇〇〇株式会社			
	番号	111		△△△課			
(フリガナ) ③被保険者の氏名	ケンポ タロウ 健保 太郎			④被保険者の 生年月日	昭和 2 年 12月 15日 平成		
⑤被保険者の 住民票住所	〒 144-0000 東京都大田区羽田1-2-3 〇〇〇マンション101号						

記入例
扶養減の場合

※新しい健康保険の資格取得日がわかるもののコ
ピーを添付してください。
(資格情報のお知らせ、資格確認書等)

※入手できない場合は、資格取得日を記載してご
提出ください。

⑥異動別	増 減	⑦被扶養者氏名 (フリガナ) ケンポ ハナコ	⑧生年月日 昭和 平成 2 年 8 月 1 日 令和	⑨性別 男 女	⑩同居別 同居 別居	⑪個人番号 記載不要	⑫職業・年収 無職 0 円	⑬該当・不該当理由 7/1離職の為	⑭資格喪失 証明書 要 不要	健保記入欄 年 月 日
⑥異動別	増 減	⑦被扶養者氏名 (フリガナ)	⑧生年月日 昭和 平成 年 月 日 令和	⑨性別 男 女	⑩同居別 同居 別居	⑪個人番号	⑫職業・年収	⑬該当・不該当理由	⑭資格喪失 証明書	健保記入欄 年 月 日
⑥異動別	増 減	⑦被扶養者氏名 (フリガナ)	⑧生年月日 昭和 平成 年 月 日 令和	⑨性別 男 女	⑩同居別 同居 別居	⑪個人番号	⑫職業・年収	⑬該当・不該当理由	⑭資格喪失 証明書	健保記入欄 年 月 日

⑭は、当健保の扶養削除（資格喪失）後、
国民健康保険に加入される場合や新たに他の健康保険
に加入予定で発行が必要な場合に、要に○をしてご提
出ください。

事業 所 記 入 欄	当該届の次の事項について確認しました。		会社確認欄
	・本人作成であることを確認した。		☒
	・記載内容に誤りがないか確認した。		
	・定年再雇用継続扶養の場合は状況が変わっていないか確認した。		
	事業所所在地 〒144-0041 東京都大田区羽田空港3-4-5		
	事業所名称	ANA〇〇〇株式会社	
	事業主氏名	代表取締役社長 大空 次郎	
	電話番号	03-〇〇〇〇-△△△△	