

# 健康保険 被扶養者異動届

**記入例**  
**扶養減の場合**

申請日	令和 3 年 7 月 1 日										
①被保険者証の記号と番号	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						
③被保険者の氏名 (フリガナ)	ケンポ タロウ			④被保険者の生年月日	昭和 2 年 12 月 15 日						
	健保 太郎				平成						
⑤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										
⑥異動別	増	⑦被扶養者氏名	⑧生年月日	⑨性別	⑩同居別	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
	減	(フリガナ) ケンポ ハナコ	昭和 2 年 8 月 1 日	男	同居	記載不要		無職	7/1離職の為	要 不要	年 月 日
⑮続柄	妻	健保 花子	平成 令和	女	別居			0 円			
⑥異動別	増	⑦被扶養者氏名	⑧生年月日	⑨性別	⑩同居別	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
	減	(フリガナ)	昭和 平成 令和	男 女	同居 別居			円		要 不要	年 月 日
⑮続柄											
⑥異動別	増	⑦被扶養者氏名	⑧生年月日	⑨性別	⑩同居別	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
	減	(フリガナ)	昭和 平成 令和	男 女	同居 別居			円		要 不要	年 月 日
⑮続柄											

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
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人作成であることを確認した。</li> <li>・記載内容に誤りがないか確認した。</li> <li>・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。</li> </ul>		<input checked="" type="checkbox"/>
	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-△△△△	

2021年7月改訂