

# 健康保険被扶養者(異動)届

年 月 日 提出

極東開発健康保険組合

被 保 険 者	記号—番号	フリガナ	生年月日
	—	氏名	年 月 日 歳
	〒 —	TEL ( )	—
	住所		

健 保 使 用 欄	常務理事	担当者

被 扶 養 者 ( 家 族 )	扶 養 を 始 め る 人 ( 増 )	No.	フリガナ 氏名	性別	生年月日	年齢	続柄	同居 別居	職業 等	扶養することになった日	扶養開始理由	年間収入 見込み額
		1		男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	年 月 日	歳		同 <input type="checkbox"/> 別 <input type="checkbox"/>		年 月 日		千円
記入不要 マイナンバー(12桁)					【別居の場合のみ住所(住民票住所)】⇒							
2		男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	年 月 日	歳		同 <input type="checkbox"/> 別 <input type="checkbox"/>		年 月 日		千円		
記入不要 マイナンバー(12桁)					【別居の場合のみ住所(住民票住所)】⇒							
3		男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	年 月 日	歳		同 <input type="checkbox"/> 別 <input type="checkbox"/>		年 月 日		千円		
記入不要 マイナンバー(12桁)					【別居の場合のみ住所(住民票住所)】⇒							
4		男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	年 月 日	歳		同 <input type="checkbox"/> 別 <input type="checkbox"/>		年 月 日		千円		
記入不要 マイナンバー(12桁)					【別居の場合のみ住所(住民票住所)】⇒							
被 扶 養 者 ( 家 族 )	扶 養 か ら 外 れ る 人 ( 減 )	No.	フリガナ 氏名	性別	生年月日	年齢	続柄	返却 保険証 の添付	扶養しなくなった日	扶養終了理由 (該当に☑または記入)	喪失(削除)証明 書発行が必要な 方は「あり」に☑	
		1		男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	年 月 日	歳		有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	年 月 日	就職 <input type="checkbox"/> 別生計 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 認定基準に非該当 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> ( )	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	
2		男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	年 月 日	歳		有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	年 月 日	就職 <input type="checkbox"/> 別生計 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 認定基準に非該当 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> ( )	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>			

事業所住所		事業所担当者
事業所名称		
事業主氏名		

健保組合受付印

## 健康保険被扶養者(異動)届

令和 6 年 4 月 1 日 提出

極東開発健康保険組合

被 保 険 者	記号-番号	フリガナ	キョクトウ タロウ	生年月日	
	20 - 11111	氏名	極東 太郎	昭和 50 年 10 月 15	48 歳
	〒 012 - 1234	TEL ( 012 )	1234 - 5678		
住所	北海道札幌市中央区中央大通り1-2-345				

健 保 使 用	常務理事	担当者
------------------	------	-----

住民票住所を  
ご記入ください。認定日または認定日以降  
の日付を記載。  
(不明の場合は空欄で可)。

No.	フリガナ	性別	生年月日	年齢	続柄	同居 別居	職業 等	扶養 期間	理由	年間収入 見込み額
	氏名									
1	キョクトウ ハナコ	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>	昭和 50 年 6 月 1 日	48 歳	妻	同 <input type="checkbox"/> 別 <input checked="" type="checkbox"/>	パート	令和 6 年 3 月 18 日	生計を一にし、年収 130万円未満のため	1,000 千円
	記入不要 マイナンバー(12桁)					【別居の場合のみ住所(住民票住所)】⇒ 西宮市高座町9-8-765				
2		男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	年 月 日	歳		同 <input type="checkbox"/> 別 <input type="checkbox"/>		年 月 日		千円
	記入不要 マイナンバー(12桁)					【別居の場合のみ住所(住民票住所)】⇒				
3		男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	年 月 日	歳		同 <input type="checkbox"/> 別 <input type="checkbox"/>		年 月 日		千円
	記入不要 マイナンバー(12桁)					【別居の場合のみ住所(住民票住所)】⇒				
4		男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	年 月 日	歳		同 <input type="checkbox"/> 別 <input type="checkbox"/>		年 月 日		千円
	記入不要 マイナンバー(12桁)					【別居の場合のみ住所(住民票住所)】⇒				
No.	フリガナ	性別	生年月日	年齢	続柄	返却 保険証 の添付	扶養 なくなった日	扶養終了理由 (該当に☑または記入)		喪失(削除)証明 書発行が必要な 方は「あり」に☑
	氏名							就職 <input checked="" type="checkbox"/> 別生計 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 認定基準に非該当 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> ( )	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	
1	キョクトウ ジロウ	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	平成 11 年 5 月 25 日	21 歳	長男	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	令和 3 年 2 月 1 日			
	極東 次郎									
2		男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	年 月 日	歳		有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	年 月 日			

被保険者と別居の場合のみ  
ご記入ください。事業所住所  
事業所名称  
事業主氏名

任意継続被保険者

事業所担当者

健保組合受付印