

正

副

【提出ルート】

申請者 → 事業所業務担当者 → 健保

常務理事	事務長	担当者
		国民健康保険加入の際に資格喪失証明書が必要な場合には、こちらにその旨記載して

健康保険被扶養者（異動）届

（本書には副として必ずコピーを添付してください）

令和 3年 月 日 出

健康保険証 記号 1	健康保険証 番号 12345	健康保険証 支番 921111	被保険者の氏名 健保 太郎	生年月日 昭和・平成 52年 5月 5日	性別 男
〒 ▲▲▲-△△△△ ↓被保険者の現住所を記入してください。 東京都△△区○○町××-×			電話番号 ×××(×××)××××	備考 資格喪失証明書必要	

枝番は記載不要

国民健康保険加入の際に資格喪失証明書が必要な場合には、こちらにその旨記載して

同居・別居いずれかにかかわらず、別居の場合の被扶養者の住所を記入してください。

(フリガナ) ケンボ	ハナコ	性別 男	続柄 妻	生年月日 昭和・平・令 52年 10月 10日
(氏) 健保	(名) 花子	女		

現住所 同居 別居	〒 ▲▲▲-△△△△ 静岡県△△市○○町××-×	届出 申請理由が生じた日 令和 ××年 ××月 ××日	申請理由（該当する項目に☑） <input type="checkbox"/> 被保険者の入社(取得)に伴う申請 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 収入減少 <input type="checkbox"/> 失業給付受給終了 <input type="checkbox"/> 死亡 <input checked="" type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 (死亡日: 令 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 ()
追加 削除			

申請理由発生日をご記入ください。
＜例＞
【出生】 生年月日
【退職】 退職日の翌日
【失業給付受給終了】 失業給付支給終了日の翌日
【収入減少】 勤務先での契約変更日
【死亡】 死亡日の翌日

【就職】の場合は、就職先の新しい健康保険証のコピーを必ず添付してください。
※国保に加入手続きする方で、『資格喪失証明書』が必要な場合は備考欄にその旨ご記入ください。

出生以外の理由の場合、申請書類により、扶養の事実を健保が認めて受理した日が認定日となるため申請理由が生じた日と認定日は同日とはかぎりません。日付を遡って認定する場合、事由発生日のわかる書類の添付や提出期日(事由発生日から1カ月以内に健保受理)等の条件を満たす必要があります。

申請する対象者2 氏名	(フリガナ)	性別 男・女	続柄 昭	生年月日
現住所 同居 別居	〒			
届出 申請理由が生じた日		申請理由（該当する項目に☑） <input type="checkbox"/> 被保険者の入社(取得)に伴う申請 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 収入減少 <input type="checkbox"/> 失業給付受給終了 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 (死亡日: 令 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 ()		

申請する対象者3 氏名	(フリガナ)	性別 男・女	続柄 昭・平・令	生年月日
現住所 同居 別居	〒			
届出 申請理由が生じた日		申請理由（該当する項目に☑） <input type="checkbox"/> 被保険者の入社(取得)に伴う申請 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 収入減少 <input type="checkbox"/> 失業給付受給終了 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 (死亡日: 令 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 ()		

【事業主記載欄】 事業主の確認により添付書類を省略した場合は、該当のものにチェックをしてください。

被保険者との続柄証明書類が省略されている者については、続柄を確認しています。

健保受付印

事業主記入欄	うえの申請について事実と相違ないことを証明します。 事業主記入	令和××年××月××日
	事業所所在地	東京都目黒区中目黒2-9-13
	事業所名称	スタンレー電気株式会社
	事業主氏名	代表取締役社長 ○○ ○○
		事業所業務担当者 担当者印

(改訂R5.12)