

健康保険被扶養者(訂正・取消)届

① 健康保険の記号	② 健康保険の番号	③ 被 保 険 者 の 氏 名 (氏) (名)	④ 生 年 月 日 昭和 年 月 日 平成	⑤ 性別 男・女	⑥ 異動の別 訂正 取消	⑦資格取得年月日 昭和 年 月 日 平成 令和	⑧ 標準報酬月額 千円
被 保 険 者 の 住 所		〒		備 考			

◎記入の方法をよく読んで記入してください。

※健保記入欄		⑨被扶養者の氏名	⑩生年月日	⑪性別	⑫続柄	⑬被扶養者の状態及び収入額	⑭訂正・取消の理由	⑮被扶養者となった日またはなくなった日	⑯被扶養者の住所
訂正前	認定 . .	(フリガナ)	昭 年 月 日	男				令和 年 月 日	
	削除 . .	(氏) (名)	平 令	女		(年収 円)			
訂正後	認定 . .	(フリガナ)	昭 年 月 日	男				令和 年 月 日	
	削除 . .	(氏) (名)	平 令	女		(年収 円)			
訂正前	認定 . .	(フリガナ)	昭 年 月 日	男				令和 年 月 日	
	削除 . .	(氏) (名)	平 令	女		(年収 円)			
訂正後	認定 . .	(フリガナ)	昭 年 月 日	男				令和 年 月 日	
	削除 . .	(氏) (名)	平 令	女		(年収 円)			
取消	認定 . .	(フリガナ)	昭 年 月 日	男				令和 年 月 日	
	削除 . .	(氏) (名)	平 令	女		(年収 円)			

上記の記入事項は事実に相違ありませんので届出します。		令和 年 月 日	受 付 印
被保険者 氏 名		(印)	
上記のとおり相違ないことを証明します。			受 付 印
事業所 所在地 〒			
事業所 名称			
事業主氏名 電 話		(印)	

記入の方法

1. ④及び⑩の生年月日は、該当する年号を○で囲み、昭和51年6月7日の場合は、「51 06 07」のように記入してください。
 2. ⑤及び⑪の性別は、該当する文字を○で囲んでください。
 3. ⑦の取得年月日は、該当する年号を○で囲み、平成31年4月1日資格取得の場合は、「31 04 01」のように記入してください。
 4. ⑧の標準報酬月額は、この届を提出するときの月額を記入してください。
 5. ⑨の被扶養者の氏名には、必ずフリガナをふってください。
 6. ⑫の続柄は、被保険者との続柄を「夫」・「妻」・「長女」・「父」・「祖父」・「祖母」・「妻の母」・「内縁の妻」のように記入してください。
 7. 生年月日や氏名、削除日等の訂正については、2段書きにし、上段に訂正前のもの、下段に訂正後のものを記入してください。
 8. 取消については、5段目に記入してください。
 9. 訂正・取消対象者の健康保険被保険者証を添付してください。
- ※ 訂正・取消の状況に応じて必要書類を提出していただく場合があります。