

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と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			
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 〒			
名 称			
事業主氏名 電 話			

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。

※届出書に記入した内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。
なお、押印している場合は、上記の方法による訂正または押印による訂正のどちらかをしてください。