

家族（被扶養者）異動届

太枠の中を記入してください。

※ご提供いただいた情報は健康保険業務全般に使用いたします。それ以外の目的には使用いたしません。

A	地区	所 属	職 名	教 職 員 番 号				氏 名 (戸籍氏名)
	電 話 (市内の内線も可)	内線：		メールアドレス				@

B	フリガナ 異動者氏名	性別 男・女	異 動 理 由 1. 結婚 2. 出生 3. 就職 4. 退職 5. 収入超過 6. 収入減少 7. 雇用保険 (開始・終了) 8. その他 ()		【1】健康保険の扶養 ★「1. 被扶養者にする」の場合は C欄も記入
	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日 [西暦 年]		続柄	収 入 (年額見込) 給与・年金・配当金・不動産・その他 円	
	障害の有無 (有・無)	同居・別居	住 所 (別居の場合のみ記入) 〒		異 動 年 月 日 平成・令和 年 月 日

B	フリガナ 異動者氏名	性別 男・女	異 動 理 由 1. 結婚 2. 出生 3. 就職 4. 退職 5. 収入超過 6. 収入減少 7. 雇用保険 (開始・終了) 8. その他 ()		【1】健康保険の扶養 ★「1. 被扶養者にする」の場合は C欄も記入
	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日 [西暦 年]		続柄	収 入 (年額見込) 給与・年金・配当金・不動産・その他 円	
	障害の有無 (有・無)	同居・別居	住 所 (別居の場合のみ記入) 〒		異 動 年 月 日 平成・令和 年 月 日

【事務使用欄】

提出書類	
1. 結 婚	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 所得証明書または非課税証明書 <input type="checkbox"/> 婚姻日が分かる書類
2. 出 生	<input type="checkbox"/> 住民票
3. 就 職	<input type="checkbox"/> 就職先健康保険証のコピーまたは就職日が分かる書類
4. 退 職	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 退職日が分かる書類または資格喪失証明書
5. 収入超過	<input type="checkbox"/> 所得証明書または収入証明書(給与明細など)
6. 収入減少	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 所得証明書または収入証明書(給与明細など)
7. 雇用保険 (開始・終了)	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証(支給開始・終了印のあるもの)
8. その他	
備考	

認 定 ・ 喪 失	データ	保険証	期限付
年 月 日			

C 【1】健康保険の扶養で「1. 被扶養者にする」、「【2】国民年金第3号」で「1. 第3号被保険者になる」に該当する場合のみ記入

・配偶者を被扶養者にしていない方は記入してください。 配偶者の有無⇒ 有・無 有に○の方のみ⇒配偶者の年間収入は被保険者よりも 多い・少ない [年収約 円]
・理由が出生以外の方は加入していた保険の種類を記入してください。 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 政府管掌保険 <input type="checkbox"/> 任意継続保険 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 保険未加入 <input type="checkbox"/> その他 ()
・異動理由が退職の場合は記入してください。 雇用保険加入状況⇒ 加入・未加入

備考

常務理事	事務長	担当者

健保受付印	窓口受付印