

常務理事	事務長	担当者

健康保険被扶養者(異動)届

令和 年 月 日提出

被保険者欄	被保険者証の記号		被保険者証の番号		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和		年		月		日	備考	
	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)		取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和		年		月		日	収入(年収)	円
	住所	〒 -												

被扶養者欄	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和		年		月		日	性別	1.男 2.女	
	続柄		職業		収入(年収)		円	住所住所	1.同居 2.別居	別居の場合	〒 -				
	被扶養者になった日	9.令和		年		月		日	被扶養者から除かれた日	9.令和			日	理由	
	住民票住所	同上	〒 -											備考	
		<input type="checkbox"/>													

被扶養者欄の居所住所と同じ場合、同上にチェックを入れてください。なお、その場合は住民票住所の記入は不要です。(他の被扶養者欄においても同様)

被扶養者欄	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和		年		月		日	性別	1.男 2.女	
	続柄		職業		収入(年収)		円	住所住所	1.同居 2.別居	別居の場合	〒 -				
	被扶養者になった日	9.令和		年		月		日	被扶養者から除かれた日	9.令和			日	理由	
	住民票住所	同上	〒 -											備考	
		<input type="checkbox"/>													

被扶養者欄	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和		年		月		日	性別	1.男 2.女	
	続柄		職業		収入(年収)		円	住所住所	1.同居 2.別居	別居の場合	〒 -				
	被扶養者になった日	9.令和		年		月		日	被扶養者から除かれた日	9.令和			日	理由	
	住民票住所	同上	〒 -											備考	
		<input type="checkbox"/>													

【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、該当するものにチェックをしてください。

- 収入に関する証明の添付が省略されている者は、所得税法上の控除対象配偶者(※)又は控除対象扶養親族であることを確認しました。
※ 年末調整の際「配偶者控除」に該当する予定の配偶者
- 被保険者との続柄(※)に関する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。
※ 内縁関係の場合は省略できません。
- 本人署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。

受付日付印

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()

令和 年 月 日

エクセディ健康保険組合 殿

社会保険労務士の代行者印
