

Notification of Dependent(s) (Transfer)

健康保険被扶養者（異動）届

[Example] To be dependent Children, Other
Always submit the original of "Regular" and "Secondary"

Health Insurance Card Symbol: 3003 Health Insurance Card Number: 12345 Birth Date: 5/00/01/01 Changes: Addition/Deletion

被保険者欄	被保険者証の記号	3003	被保険者証の番号	12345	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	5	0	0	1	0	1	異動	1. 追加 2. 削除
	氏名	ケンボ 健保	タロウ 太郎	取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	0	0	0	0	0	0	0	収入(年収)	Earning
About dependent who is spouse		Name (with katakana)			Address		Birth Date		Insurance Status Acquisition Date					

被扶養者欄	氏名	ケンボ 健保	ハナコ 花子	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	5	0	0	1	0	1	性別	1.男 2.女
	続柄	妻	職業	個人番号	Address of Insured (if living separately from the dependent)								
	被扶養者になった日	9.令和	被扶養者から除かれた日	9.令和	0	1	1	2	0	1	理由	12/1就職のため	
	当該届出書の提出年1月1日の住所	同上	都道府県	市区町村	Date of Loss of Dependent Status								

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和							性別	1.男 2.女
	続柄	職業	収入(年収)	個人番号	別居の場合								
	被扶養者になった日	9.令和	被扶養者から除かれた日	9.令和							理由		
	住民票住所	同上	都道府県	市区町村	当該届出書の提出年1月1日の住所	同上	都道府県	市区町村	備考				

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和							性別	1.男 2.女
	続柄	職業	収入(年収)	個人番号	別居の場合								
	被扶養者になった日	9.令和	被扶養者から除かれた日	9.令和							理由		
	住民票住所	同上	都道府県	市区町村	当該届出書の提出年1月1日の住所	同上	都道府県	市区町村	備考				

【被保険者記載欄】日本国内に被扶養者の住民票がない場合は、裏面の要件を確認いただき、該当する番号を備考欄に記載してください。

令和 年 月 日 提出

【事業主記載欄】 本人押印・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。 Date: 受付年月日

事業所所在地	Zip Code	Business Entity Address and Name
事業所名称	Name of Business Owner	
事業主氏名	Telephone Number	社会保険労務士記載欄
電話番号		