

健康保険被扶養者（異動）届 正

記入見本
 入社・出生・結婚等 認定申請
 ※正・副2枚提出

常務理事	事務長		担当

保険証の記号

保険証の番号

被 保 険 者 欄	被保険者証の記号	1	被保険者証の番号	1234	生年月日	5. 昭和	年	月	日	保険証の資格取得日					
	(フリガナ)	アコム	(名)	タロウ	7. 平成	○	○	○	○		収入(年収)				
氏名	アコム		太郎		アコム印か朱肉印		和	成	○	○	○	○	○	○	円
住所	〒 XXX - XXXX ○○区○○1-2-3-123														

被 扶 養 者 欄	(フリガナ)	アコム	(名)	ジロウ	生年月日	5. 昭和	年	月	日	性別	1. 男	2. 女	
	氏名	アコム		次郎		7. 平成	○	○	○	○	○	○	
続柄	長男	職業	収入(年収)	0	住所	1. 同居	別居の場合	〒 - - - - -					備考
被扶養者になった日	7. 平成	年	月	日	被扶養者から除かれた日	7. 平成	年	月	日	理由	出生		

被 扶 養 者 欄	(フリガナ)		(名)		生年月日	5. 昭和	年	月	日	扶養申請理由を記入して下さい 入社・出生・結婚等	
	氏名					7. 平成					
続柄		職業	収入(年収)		住所	1. 同居	別居の場合	〒 - - - - -			備考
被扶養者になった日	7. 平成	年	月	日	被扶養者から除かれた日	7. 平成	年	月	日	理由	

被 扶 養 者 欄	(フリガナ)		(名)		生年月日	5. 昭和	年	月	日	性別	1. 男	2. 女
	氏名					7. 平成						
続柄		職業	収入(年収)		住所	1. 同居	別居の場合	〒 - - - - -			備考	
被扶養者になった日	7. 平成	年	月	日	被扶養者から除かれた日	7. 平成	年	月	日	理由		

個人番号は事業主側で記入しますので
本人は記入しないで下さい

平成 年 月 日 提出

受付年月日

事業所所在地	〒 - - - - -
事業所名称	
事業主氏名	(印)
電話番号	() ()

社会保険労務士の代行者印	(印)
アコム健康保険組合	

健康保険被扶養者（異動）届 正

記入見本
 就職・離婚等 削除申請
 ※正・副2枚提出

常務理事	事務長		担当

被保険者欄	被保険者証の記号	1	被保険者証の番号	1234	生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	保険証の資格取得日
	氏名	(フリガナ) アコム (氏) アコム	(名) タロウ 太郎	アコム印か朱肉印	住所	〒 XXX - XXXX 〇〇区〇〇1-2-3-123	収入(年収)	円		

被扶養者欄	氏名	(フリガナ) アコム (氏) アコム	(名) ハナコ 花子	生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	性別	1.男 2.女		
	続柄	妻	職業	保母	収入(年収)	200万	円	住所	1.同居 2.別居	備考		
	被扶養者になった日	7.平成	年	月	日	被扶養者から除かれた日	7.平成	年	月	日	理由	就職

扶養から除かれた日を記入して下さい

就職—就職先保険資格取得日を記入
 離婚—離婚日を記入
 国保加入・他の方の被扶養者になる等の場合は削除日を記入

扶養から除かれた理由を記入して下さい

就職・離婚・国保加入等

被扶養者欄	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	年	月	日	性別	1.男 2.女		
	続柄	職業	収入(年収)	円	住所	1.同居 2.別居	備考				
	被扶養者になった日	7.平成	年	月	日	被扶養者から除かれた日	7.平成	年	月	日	理由

個人番号は事業主側で記入しますので本人は記入しないで下さい

受付年月日

平成 年 月 日 提出

事業所所在地	〒	
事業所名称		
事業主氏名		印
電話番号	()

社会保険労務士の代行者印	印
--------------	---

健康保険被扶養者（異動）届 正

記入見本
 退職等 認定申請
 ※正・副 2 枚提出

常務理事	事務長		担当

被 保 険 者 欄	被保険者証 の記号	1	被保険者証 の番号	1234	生年月日	5. 昭和	年	月	日	保険証の資格取得日	
	(フリガナ)	アコム	(名)	タロウ	7. 平成	○	○	○	○		○
氏名	アコム		太郎		アコム印か朱肉印		和	年	月	日	収入 (年収)
	アコム		太郎		〒	XXX - XXXX		〇〇区〇〇		1 - 2 - 3 - 1 2 3	

被 扶 養 者 欄	(フリガナ)	アコム	(名)	ハナコ	生年月日	5. 昭和	年	月	日	性別	1. 男	2. 女
	(氏)	アコム	(名)	花子	7. 平成	○	○	○	○	○		
氏名	アコム		花子		個人番号		別居の場合		〒		備考	
	続柄	妻	職業	収入 (年収)	住所	1. 同居		2. 別居		理由		退職
被扶養者 になった 日	7. 平成	年	月	日	被扶養者 から除か れた日	7. 平成	年	月	日			

被 扶 養 者 欄	(フリガナ)		(名)		生年月日	5. 昭	年	月	日	性別	1. 男	2. 女
	(氏)		(名)		7. 平	○	○	○	○	○		
氏名					個人番号		別居の場合		〒		備考	
	続柄		職業	収入 (年収)	住所	1. 同居		2. 別居		理由		
被扶養者 になった 日	7. 平成	年	月	日	被扶養者 から除か れた日	7. 平成	年	月	日			

被扶養者になった日を記入して下さい
 14日以内の届出をしない場合は、健保の受付日が扶養開始日となります。

扶養申請理由を記入して下さい
 会社退職・雇用保険受給終了・同居または別居扶養等

個人番号は事業主側で記入しますので
 本人は記入しないで下さい

被 扶 養 者 欄	(フリガナ)		(名)		生年月日	5. 昭	年	月	日	性別	1. 男	2. 女
	(氏)		(名)		7. 平	○	○	○	○	○		
氏名					個人番号		別居の場合		〒		備考	
	続柄		職業	収入 (年収)	住所	1. 同居		2. 別居		理由		
被扶養者 になった 日	7. 平成	年	月	日	被扶養者 から除か れた日	7. 平成	年	月	日			

受付年月日

平成 年 月 日 提出

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	印
電話番号	()

社会保険労務士の代行者印	印

健康保険被扶養者（異動）届 正

記入見本
後期高齢取得 削除申請
※正・副2枚提出

常務理事	事務長		担当

保険証の記号

保険証の番号

被保険者欄	被保険者証の記号	1	被保険者証の番号	1234	生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	保険証の資格取得日
	氏名	(フリガナ) アコム (氏) アコム	(名) タロウ 太郎	アコム印か朱肉印	住所	〒 XXX - XXXX 〇〇区〇〇1-2-3-123	収入(年収)	円		

被扶養者欄	氏名	(フリガナ) アコム (氏) アコム	(名) トメ とめ	生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	性別	1.男 2.女		
	続柄	母	職業	なし	収入(年収)	円	住所	1.同居 2.別居	備考			
	被扶養者になった日	7.平成	年	月	日	被扶養者から除かれた日	7.平成	年	月	日	理由	後期高齢取得

被扶養者欄	氏名	(フリガナ) (氏)	生年月日	年	月	日	性別	1.男 2.女			
	続柄	職業	収入(年収)	円	住所	1.同居 2.別居	備考				
	被扶養者になった日	7.平成	年	月	日	被扶養者から除かれた日	7.平成	年	月	日	理由

後期高齢医療制度取得日を記入して下さい

個人番号は事業主側で記入しますので本人は記入しないで下さい

被扶養者欄	氏名	(フリガナ) (氏)	生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	性別	1.男 2.女		
	続柄	職業	収入(年収)	円	住所	1.同居 2.別居	備考				
	被扶養者になった日	7.平成	年	月	日	被扶養者から除かれた日	7.平成	年	月	日	理由

受付年月日

平成 年 月 日 提出

事業所所在地	〒	
事業所名称		
事業主氏名		印
電話番号	()

社会保険労務士の代行者印	印
--------------	---

健康保険被扶養者（異動）届 正

記入見本
 死亡 削除申請
 ※正・副 2 枚提出

常務理事	事務長		担当

被 保 険 者 欄	被保険者証 の記号	1	被保険者証 の番号	1234	生年月日	5. 昭和	年	月	日	保険証の資格取得日 収入 (年 取) 円	
	(フリガナ)	アコム	(名)	タロウ	和	○	○	○	○		アコム印か朱肉印
	(氏)	アコム	(名)	太郎	成	○	○	○	○		
住所	〒 XXX - XXXX				〇〇区〇〇1-2-3-123						

被 扶 養 者 欄	(フリガナ)	アコム	(名)	トメ	生年月日	5. 昭和	年	月	日	性別	1. 男	2. 女				
	(氏)	アコム	(名)	とめ	個人番号											
	続柄	母	職業	なし	収入 (年 取) 円		住所	1. 同居 2. 別居		別居の場合	〒		備考			
被扶養者 になった 日	7. 平成	年		月		日	被扶養者 から除か れた日	7. 平成		年		月		日	理由	死亡

被 扶 養 者 欄	(フリガナ)		(名)		生年月日	5. 昭和	年	月	日	性別	1. 男	2. 女				
	(氏)		(名)		個人番号											
	続柄		職業		収入 (年 取) 円		住所	1. 同居 2. 別居		別居の場合	〒		備考			
被扶養者 になった 日	7. 平成	年		月		日	被扶養者 から除か れた日	7. 平成		年		月		日	理由	

被 扶 養 者 欄	(フリガナ)		(名)		生年月日	5. 昭和	年	月	日	性別	1. 男	2. 女				
	(氏)		(名)		個人番号											
	続柄		職業		収入 (年 取) 円		住所	1. 同居 2. 別居		別居の場合	〒		備考			
被扶養者 になった 日	7. 平成	年		月		日	被扶養者 から除か れた日	7. 平成		年		月		日	理由	

受付年月日

平成 年 月 日 提出

事業所 所在地	〒	
事業所 名称		
事業主 氏名	(印)	
電話番号	() ()	

社会保険労務士の代行者印	(印)
アコム健康保険組合	