

(事業所)
所在地 名称 事業主

事業所記号		

常務理事	事務長	業務課長	係

健保事務担当者確認欄	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------

令和 年 月 日

<b>正</b>	<b>健康保険 被扶養者異動届</b>	<input type="checkbox"/> 該当 (認定)
		<input type="checkbox"/> 不該当 (削除)

被保険者	① 被保険者番号	② カカナ氏名	③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成	年 月 日	④ 年齢	⑤ 性別
	⑦ 資格取得日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	⑧ 標準報酬月額		⑨ 確認欄	この届出については、次の①又は②の要件を満たしたものです。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものです。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認しています。
					千円	<input type="checkbox"/>	

被扶養者 1	⑩ 被扶養者	⑪ 続柄	※コード	⑫ (フリガナ) 氏名	⑬ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	⑭ 年齢	⑮ 性別	⑯ 世帯	⑰ 医療福祉 (福)
	1. 該当				年 月 日		歳	1. 男	1. 同居	1. 該当
	2. 不該当							2. 女	2. 別居	2. 不該当
	⑱ 該当日(認定日) 令和 年 月 日					⑲ 不該当理由 1. 就職 2. 収入増 3. 失業保険受給 4. 離婚 5. 死亡				
	⑳ 個人番号					備考				
	㉑ 住民票住所									

被扶養者 2	⑩ 被扶養者	⑪ 続柄	※コード	⑫ (フリガナ) 氏名	⑬ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	⑭ 年齢	⑮ 性別	⑯ 世帯	⑰ 医療福祉 (福)
	1. 該当				年 月 日		歳	1. 男	1. 同居	1. 該当
	2. 不該当							2. 女	2. 別居	2. 不該当
	⑱ 該当日(認定日) 令和 年 月 日					⑲ 不該当理由 1. 就職 2. 収入増 3. 失業保険受給 4. 離婚 5. 死亡				
	⑳ 個人番号					備考				
	㉑ 住民票住所									

被扶養者 3	⑩ 被扶養者	⑪ 続柄	※コード	⑫ (フリガナ) 氏名	⑬ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	⑭ 年齢	⑮ 性別	⑯ 世帯	⑰ 医療福祉 (福)
	1. 該当				年 月 日		歳	1. 男	1. 同居	1. 該当
	2. 不該当							2. 女	2. 別居	2. 不該当
	⑱ 該当日(認定日) 令和 年 月 日					⑲ 不該当理由 1. 就職 2. 収入増 3. 失業保険受給 4. 離婚 5. 死亡				
	⑳ 個人番号					備考				
	㉑ 住民票住所									

注意  
事項

・この届出書は、正・副 2 通とも提出して下さい。なお、事業主印および被保険者の捺印は省略できます。  
・※コード、⑱ 該当日(認定日) および不該当日(削除日) については、健康保険組合が記入しますので、記入する必要はありません。  
・健保事務担当者確認欄は、事業所の担当者が印して下さい。また⑨の確認欄は、内容を確認の上、必ず被保険者が印を付けて下さい。  
・⑲ 不該当(削除) 理由が死亡の場合、備考欄に死亡年月日を記入して下さい。死亡日の翌日が資格削除日となります。  
・不該当(削除) の場合、被扶養者に交付している保険証を健康保険組合に返却して下さい。

受付印
処理年月日

令和6年5月改訂版

(事業所)	
所在地 名称 事業主	殿

事業所記号		

〒310-0022 茨城県水戸市梅香1-5-5 JA会館分館5F TEL.029-232-2270 茨城県農協健康保険組合 理事長
---

**副** **健康保険 被扶養者異動確認通知書**

被保険者	① 被保険者番号	② カカナ氏名	③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成	年 月 日	④ 年齢	⑤ 性別
	⑦ 資格取得日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	⑧ 標準報酬月額	千円	⑨ 確認欄	1. 男 2. 女
1枚目のみ印を付けて下さい。							

被扶養者 1	⑩ 被扶養者	⑪ 続柄	※コード	⑫ (フリガナ) 氏名	⑬ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	⑭ 年齢	⑮ 性別	⑯ 世帯	⑰ 医療福祉 (福)
	1. 該当				年 月 日		歳	1. 男	1. 同居	1. 該当
	2. 不該当							2. 女	2. 別居	2. 不該当
	⑱ 該当日 (認定日) 令和 年 月 日					⑲ 不該当理由 1. 就職 2. 収入増 3. 失業保険受給 4. 離婚 5. 死亡				
⑳ 個人番号		1枚目のみ記入してください								備考
㉑ 住民票住所		1枚目のみ記入してください								

被扶養者 2	⑩ 被扶養者	⑪ 続柄	※コード	⑫ (フリガナ) 氏名	⑬ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	⑭ 年齢	⑮ 性別	⑯ 世帯	⑰ 医療福祉 (福)
	1. 該当				年 月 日		歳	1. 男	1. 同居	1. 該当
	2. 不該当							2. 女	2. 別居	2. 不該当
	⑱ 該当日 (認定日) 令和 年 月 日					⑲ 不該当理由 1. 就職 2. 収入増 3. 失業保険受給 4. 離婚 5. 死亡				
⑳ 個人番号		1枚目のみ記入してください								備考
㉑ 住民票住所		1枚目のみ記入してください								

被扶養者 3	⑩ 被扶養者	⑪ 続柄	※コード	⑫ (フリガナ) 氏名	⑬ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	⑭ 年齢	⑮ 性別	⑯ 世帯	⑰ 医療福祉 (福)
	1. 該当				年 月 日		歳	1. 男	1. 同居	1. 該当
	2. 不該当							2. 女	2. 別居	2. 不該当
	⑱ 該当日 (認定日) 令和 年 月 日					⑲ 不該当理由 1. 就職 2. 収入増 3. 失業保険受給 4. 離婚 5. 死亡				
⑳ 個人番号		1枚目のみ記入してください								備考
㉑ 住民票住所		1枚目のみ記入してください								

上記のとおり、被扶養者資格を  認定 (該当)  削除 (不該当) したので通知します。

確認印
-----

令和6年5月改訂版