【配偶者を扶養に入れる・はずす場合】

記入見本

被　扶　養　者（異　動）　届

理事長	常務理事	事務長	係	係

被保険者証ｶｰﾄﾞでご確認のうえ記入してください。

被保険者証ｶｰﾄﾞでご確認のうえ記入してください。

被保険者証の記号番号	記号	○○	男・女	フリガナ 被保険者氏名	ｹﾝﾎﾟ ﾀﾛｳ 健保　太郎	標準報酬月額	○○○　千円	被保険者の住所	○○市○○○町○○○　○○○○号室
	番号	第　○○　号		生年月日	○　年　○　月　○　日				
被保険者の資格取得年月日	昭和・平成・令和　○　年　○○　月　○○　日			事業所の名称	○○○株式会社			事業所の所在地	○○市○○○町○○○　○○○

フリガナ 被扶養者の氏名	男女	被扶養者の生年月日	被保険者との続柄	被扶養者の職業	被扶養者の住所	扶養し始めた事由 年月日	扶養しなくなった事由 年月日	月平均収入額	確認
ｹﾝﾎﾟ ﾊﾅｺ 健保　花子	男・女	昭・平・令 ○年○○月○○日	妻	無職	被保険者と同じ	会社を退職した為 ○年○月○日	年月日	円	
	男・女	昭・平・令 年月日				日	収入増加のため ○年○月○日	円	
	男・女	昭・平・令 年月日				年月日	年月日	円	
	男・女	大・昭・平 年月日					年月日	円	
	男・女	年月日					年月日	円	

申請する被扶養配偶者について記入してください。

扶養し始めた日は、会社を退職した場合は**退職日の翌日**を記入してください。

扶養をはずす場合は、
失業保険受給…受給開始日
収入増加…基準額を超えた日
を記入してください。

65歳未満の配偶者を扶養に入れる・はずす（豊島健保→国民健康保険へ加入する）場合は国民年金『第3号被保険者関係届』の提出も必要となります。
詳細については加入事業所担当者へご連絡お願いします。

＊上記のとおり被保険者から被扶養者の届がありましたので提出します。

令和　　年　　月　　日

豊　島　健　康　保　険　組　合　理　事　長　殿

〒

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名　　印

電話番号

被保険者氏名　健保　太郎　印

シャチハタ印以外でお願いします。

（注）

1. 被保険者資格取得時に被扶養者を有する被保険者はこの書類を作成し事業主に提出し、事業主はこれを取得届に添付して健康保険組合へ提出して下さい。
2. 被保険者はあらたに被扶養者を有するに至った時又はすでに届出してある被扶養者に異動があった時は、その都度作成し事業主に提出し、事業主はこれを健康保険組合へ提出してください。
3. 出生以外の扶養認定の場合は被扶養者現況報告を添付してください。出生の場合は、出産育児一時金請求書を一緒に提出してください。
4. 就職等で扶養から外れる場合は、新たな資格取得の確認の為新規に取得した保険証のｺﾋﾟｰを添付して下さい。

添付書類：有（認定・認定削除その他条件によって異なります。詳しくはﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ「被扶養者申請の手続き」にて確認してください。）

【配偶者以外を扶養に入れる・はずす場合】

記入見本

被　扶　養　者（異 動）届

理事長	常務理事	事務長	係	係

被保険者証カードでご確認のうえ記入してください。

被保険者証カードでご確認のうえ記入してください。

被保険者証の記号番号	記号	○○	男・女	フリガナ	ｹﾝﾎﾟ ﾀﾛｳ	標準報酬月額	○○○ 千円	被保険者の住所	○○市○○○町○○○ ○○○ ○○○号室
	番号	第 ○○ 号		被保険者氏名	健保 太郎				
				生年月日	○ 年 ○ 月 ○ 日				
被保険者の資格取得年月日	昭和 平成 令和	○ 年 ○○ 月 ○○ 日		事業所の名称	○○○株式会社			事業所の所在地	○○市○○○町○○○ ○○○

フリガナ 被扶養者の氏名	男女	被扶養者の生年月日	被保険者との続柄	被扶養者の職業	被扶養者の住所	扶養し始めた事由 年月日	扶養しなくなった事由 年月日	月平均収入額	確認
ｹﾝﾎﾟ ﾔｽｺ 健保 康子	男 女	昭 平 令 ○年 ○○ 月 ○○ 日	長女	無職	被保険者と同じ	会社を退職した為 ○ 年 ○ 月 ○ 日	年 月 日	円	
ｹﾝﾎﾟ ｼﾞﾛｳ 健保 次郎	男 女	昭 平 令 ○年 ○○ 月 ○○ 日	次男	無職	被保険者と同じ	出生の為 ○ 年 ○ 月 ○ 日	年 月 日	円	
ｹﾝﾎﾟ ｲﾁﾛｳ 健保 一郎	男 女	昭 平 令 ○年 ○○ 月 ○○ 日	長男	会社員	○○市○○町○○ ○○ー○○	年 月 日	就職の為 ○ 年 ○ 月 ○ 日	円	
	男 女	大 昭 平 令 年 月 日				年 月 日	年 月 日	円	
		令 年 月 日				年 月 日	年 月 日	円	

【扶養に入れるとき】
扶養し始めた日は、
会社を退職した場合は**退職日の翌日**、
出生の場合は**誕生日**を記入してください。

【扶養からはずすとき】
扶養しなくなった日は、
就職先の保険証の資格取得日
を記入してください。

申請する被扶養者について
記入してください。

＊上記のとおり被保険者から被扶養者の届がありましたので提出します。

令和　　年　　月　　日

豊島健康保険組合理事長殿

〒

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名　　印

電話番号

被保険者氏名　健保 太郎　印

シャチハタ印以外で
お願いします。

（注）

1. 被保険者資格取得時に被扶養者を有する被保険者はこの書類を作成し事業主に提出し、事業主はこれを取得届に添付して健康保険組合へ提出して下さい。
2. 被保険者はあらたに被扶養者を有するに至った時又はすでに届出してある被扶養者に異動があった時は、その都度作成し事業主に提出し、事業主はこれを健康保険組合へ提出してください。
3. 出生以外の扶養認定の場合は被扶養者現況報告を添付してください。出生の場合は、出産育児一時金請求書を一緒に提出してください。
4. 就職等で扶養から外れる場合は、新たな資格取得の確認の為新規に取得した保険証のｺﾋﾟｰを添付して下さい。

添付書類：有（認定・認定削除その他条件によって異なります。詳しくはﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ「被扶養者申請の手続き」にて確認してください。）

【任意継続被保険者になる場合】

事業所の退職日の翌日を記入ください。

理事長	常務理事	事務長	係	係

記入見本

被　扶　養　者（異　動）　届

被保険者証の記号番号	記号	500	男・女	フリガナ 被保険者氏名	ｹﾝﾎﾟ ﾀﾛｳ 健保　太郎	標準報酬月額	千円	被保険者の住所	〇〇市〇〇〇町〇〇〇　〇〇〇 〇〇〇号室
	番号	第　　号		生年月日	昭 平 〇年〇月〇日				
被保険者の資格取得年月日	昭和 平成 令和 〇年〇〇月〇〇日			事業所の名称				事業所の所在地	

フリガナ 被扶養者の氏名	男女	被扶養者の生年月日	被保険者との続柄	被扶養者の職業	被扶養者の住所	扶養し始めた事由 年月日	扶養しなくなった事由 年月日	月平均収入額	確認
ｹﾝﾎﾟ ﾊﾅｺ 健保　花子	男 女	昭 平 〇年〇〇月〇〇日	妻	無職	被保険者と同じ	任継加入の為 〇年〇月〇日	年 月 日	円	
ｹﾝﾎﾟ ｲﾁﾛｳ 健保　一郎	男 女	昭 平 〇年〇〇月〇〇日	長男	無職	被保険者と同じ	任継加入の為 〇年〇月〇日	年 月 日	円	
	男 女	昭 平 令 年 月 日				年 月 日	年 月 日	円	
		年 月 日				年 月 日	年 月 日	円	
	男 女	昭 平 令 年 月 日				年 月 日	年 月 日	円	

申請する被扶養者について記入してください。

＊上記のとおり被保険者から被扶養者の届がありましたので提出します。

令和　　年　　月　　日

豊島健康保険組合理事長殿

〒

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名　　印

電話番号

任継

被保険者氏名　健保　太郎　印

シャチハタ印以外でお願いします。

（注）

1. 被保険者資格取得時に被扶養者を有する被保険者はこの書類を作成し事業主に提出し、事業主はこれを取得届に添付して健康保険組合へ提出して下さい。
2. 被保険者はあらたに被扶養者を有するに至った時又はすでに届出してある被扶養者に異動があった時は、その都度作成し事業主に提出し、事業主はこれを健康保険組合へ提出してください。
3. 出生以外の扶養認定の場合は被扶養者現況報告を添付してください。出生の場合は、出産育児一時金請求書を一緒に提出してください。
4. 就職等で扶養から外れる場合は、新たな資格取得の確認の為新規に取得した保険証のｺﾋﾟｰを添付して下さい。

添付書類：有（認定・認定削除その他条件によって異なります。詳しくはﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ「被扶養者申請の手続き」にて確認してください。）