

常務理事	事務長	係長	担当

健康保険被扶養者（異動）届

被 保 険 者			
所 属	保険証記号・番号	被 保 険 者 名	住 所
		㊟	〒

被 扶 養 者					
被 扶 養 者 名	生 年 月 日	続柄コード	除 外 日	除 外 理 由	住 所
				後期高齢者医療制度 へ移行のため	〒

※ボールペンで記入してください。自署の場合は、押印の省略可能です。

※記入事項を訂正される際は、二重線で抹消し正しい内容を記入してください。

※この届は、今回該当されました被扶養者様の「**保険証**」・「**高齢受給者証**」と併せて**事業主経由**でご提出ください。

上記のとおり被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します。	
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話	令和 年 月 日提出

令和 年 月 日提出