正

健康保険被扶養者（異動）届

部長	課長	係長	係

被保険者欄										
被保険者等記号	9999	被保険者等番号	567	生年月日	5.昭和 7.平成	46 年	11 月	01 日	配偶者年収	万円
氏名	東薬	太郎		取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	06 年	05 月	01 日	標準報酬月額	320 千円
				住所	〒 100-0014 東京都千代田区永田町2-17-2 東薬ビル101					

◎ 子供の認定の際、配偶者が被扶養者となっていない場合は、「配偶者年収」欄に前年の配偶者年収を記入してください。

被扶養者欄①											
氏名	(フリガナ) トウヤク	ハナコ	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	48 年	08 月	01 日	性別	1.男 2.女	保険証	添付 不能 滅失
	東薬	花子	個人番号	8900 0123 4567				備考			
増	続柄 妻	職業 パート	収入(年収) 1,000,000 円	住所 1.同居 2.別居	別居の場合 〒			資格確認書発行要否	□ 発行が必要		
減	被扶養者になった日 9.令和	06 年	05 月	01 日	被扶養者から除かれた日 9.令和	年	月	日	理由	本人取得	

被扶養者欄②											
氏名	(フリガナ) トウヤク	イチロウ	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	11 年	09 月	01 日	性別	1.男 2.女	保険証	添付 不能 滅失
	東薬	一郎	個人番号	0001 1234 9876				備考			
増	続柄 長男	職業 学生	収入(年収) 0 円	住所 1.同居 2.別居	別居の場合 〒			資格確認書発行要否	□ 発行が必要		
減	被扶養者になった日 9.令和	06 年	05 月	01 日	被扶養者から除かれた日 9.令和	年	月	日	理由	本人取得	

被扶養者欄③											
氏名	(フリガナ) トウヤク	ジロウ	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	14 年	08 月	01 日	性別	1.男 2.女	保険証	添付 不能 滅失
	東薬	二郎	個人番号	7654 3210 9876				備考			
増	続柄 二男	職業 学生	収入(年収) 0 円	住所 1.同居 2.別居	別居の場合 〒			資格確認書発行要否	□ 発行が必要		
減	被扶養者になった日 9.令和	06 年	05 月	01 日	被扶養者から除かれた日 9.令和	年	月	日	理由	本人取得	

被扶養者欄④											
氏名	(フリガナ)		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女	保険証	添付 不能 滅失
			個人番号					備考			
増	続柄	職業	収入(年収) 円	住所 1.同居 2.別居	別居の場合 〒			資格確認書発行要否	□ 発行が必要		
減	被扶養者になった日 9.令和	年	月	日	被扶養者から除かれた日 9.令和	年	月	日	理由		

◎ 記入方法をよくお読みください。
◎ 被扶養者を減らす届出の際は個人番号の記入は不要です。
◎ 被保険者の押印は、被保険者自らが自署した場合、または「確認」欄へ✓することで省略することができます。

令和 ● 年 ● 月 ● 日 提出　受付日付印

事業所所在地	〒 351-0111 埼玉県和光市下新倉6-7-28
事業所名称	東薬株式会社
事業主氏名	薬業 太郎
電話番号	048（461）7605

確認	
□	**この届出は①又は②の要件を満たしたものである** ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。
□	**扶養控除申告書の写しを添付できない場合** 所得税法上の控除対象配偶者・扶養親族であることを確認しました。

社会保険労務士の代行者名記載欄

東京薬業健康保険組合