健康保険　被扶養者（異動）届　生年月日訂正届

記入例（生年月日訂正）

「生年月日訂正届」と
赤字で記入してください

正

◎ 事実が発生した日から5日以内に届出してください。
◎ 記入の方法は3枚目にあります。
◎「※」欄は記入しないでください。
◎「正」「副」一対で提出してください。

異動の別	追加　削除（変更）

被保険者欄

健康保険被保険者証の記号	3000	健康保険被保険者証の番号	52	生年月日	昭・平　54年01月01日	性別	男・女
氏名	(フリガナ) チバ　(氏) 千葉	(フリガナ) ヨシコ　(名) 良子		資格取得年月日	昭・平・令　31年04月01日	標準報酬月額	030千円 ※
				住所	〒 222－0000 神奈川県横浜市港北区月見ヶ丘 0-0-0		
配偶者の有無	有・無	配偶者の収入は被保険者より	多い・少ない	備考			

子どもを扶養に入れる場合は、被保険者の配偶者の前年分収入証明が必要です（年間収入の多い方で扶養していただくため）。
ただし、配偶者が当健保組合の被扶養者となっている場合は省略することができます。

被扶養者欄1

氏名	(フリガナ) チバ　(氏) 千葉	(フリガナ) イチロウ　(名) 一郎		生年月日	昭・平・令　22年02月05日	性別	男・女
				個人番号（マイナンバー）		続柄（長男・長女等）	長男
						備考	
職業	学生の場合は学年を記入してください（　）	平均月収	円	住所	同居・別居　別居の理由（　） 別居の場合 〒　－		
被扶養者になった日	令和　年　月　日	被扶養者でなくなった日	令和　年　月　日	理由	新規・出生・婚姻・退職・就職・離婚・死亡・その他（その他の理由または就職・死亡年月日　）	給付金等受給予定の有無	失業給付（有・無）傷病手当金（有・無）出産手当金（有・無）
被扶養者認定日	令和　※　年　月　日						

2段書きで記入してください
誤った日・・・上段　・　赤字

個人番号は記入しないでくださ

被扶養者欄2

氏名	(フリガナ)　(氏)	(フリガナ)　(名)		生年月日	昭・平・令　年　月　日	性別	男・女
				個人番号（マイナンバー）		続柄（長男・長女等）	
						備考	
職業	学生の場合は学年を記入してください（　）	平均月収	円	住所	同居・別居　別居の理由（　） 別居の場合 〒　－		
被扶養者になった日	令和　年　月　日	被扶養者でなくなった日	令和　年　月　日	理由	新規・出生・婚姻・退職・就職・離婚・死亡・その他（その他の理由または就職・死亡年月日　）	給付金等受給予定の有無	失業給付（有・無）傷病手当金（有・無）出産手当金（有・無）
被扶養者認定日	令和　※　年　月　日	回収区分	※　添付・滅失				

被扶養者欄3

氏名	(フリガナ)　(氏)	(フリガナ)　(名)		生年月日	昭・平・令　年　月　日	性別	男・女
				個人番号（マイナンバー）		続柄（長男・長女等）	
						備考	
職業	学生の場合は学年を記入してください（　）	平均月収	円	住所	同居・別居　別居の理由（　） 別居の場合 〒　－		
被扶養者になった日	令和　年　月　日	被扶養者でなくなった日	令和　年　月　日	理由	新規・出生・婚姻・退職・就職・離婚・死亡・その他（その他の理由または就職・死亡年月日　）	給付金等受給予定の有無	失業給付（有・無）傷病手当金（有・無）出産手当金（有・無）
被扶養者認定日	令和　※　年　月　日	回収区分	※　添付・滅失				

令和　3　年　5　月　7　日提出　　受付日付印

事業所所在地	〒　160-0000　東京都新宿区新宿　0-0-0
事業所名称	ウェルセット不動産　株式会社
事業主氏名	不動産　一雄
電話番号	03　（　0000　）　0000

任意継続の申請の場合は無記入で可

社会保険労務士の提出代行者

東京不動産業健康保険組合

EX2110