

健康保険被扶養者（異動）届

<<被保険者>>

記号	番号	氏名	フリガナ	生年月日	昭・平	年	月	日	
居所（実際に住んでいる所）					取得日	昭・平・令	年	月	日
〒 〇〇〇 〇〇〇									

<<被扶養者>> 被扶養者になった日 または 被扶養者でなくなった日の該当する方を記入

氏名	フリガナ	性別	続柄	生年月日	職業(学年)	年間収入
				昭・平・令 年 月 日		
被扶養者になった日 → 理由（「6.その他」の場合は詳細を備考欄に記入）				住民票住所（被保険者の居所と同じ場合は「同上」で可）		
令和 年 月 日	1.入社 3.結婚 5.失業給付受給終了 2.出生 4.退職 6.その他			〒		
被扶養者でなくなった日 → 理由（「5.その他」の場合は詳細を備考欄に記入）				備考		資格確認書発行要否(※)
令和 年 月 日	1.就職 3.失業給付受給開始 2.離婚 4.死亡 5.その他					<input type="checkbox"/> 発行が必要

氏名	フリガナ	性別	続柄	生年月日	職業(学年)	年間収入
				昭・平・令 年 月 日		
被扶養者になった日 → 理由（「6.その他」の場合は詳細を備考欄に記入）				住民票住所（被保険者の居所と同じ場合は「同上」で可）		
令和 年 月 日	1.入社 3.結婚 5.失業給付受給終了 2.出生 4.退職 6.その他			〒		
被扶養者でなくなった日 → 理由（「5.その他」の場合は詳細を備考欄に記入）				備考		資格確認書発行要否(※)
令和 年 月 日	1.就職 3.失業給付受給開始 2.離婚 4.死亡 5.その他					<input type="checkbox"/> 発行が必要

氏名	フリガナ	性別	続柄	生年月日	職業(学年)	年間収入
				昭・平・令 年 月 日		
被扶養者になった日 → 理由（「6.その他」の場合は詳細を備考欄に記入）				住民票住所（被保険者の居所と同じ場合は「同上」で可）		
令和 年 月 日	1.入社 3.結婚 5.失業給付受給終了 2.出生 4.退職 6.その他			〒		
被扶養者でなくなった日 → 理由（「5.その他」の場合は詳細を備考欄に記入）				備考		資格確認書発行要否(※)
令和 年 月 日	1.就職 3.失業給付受給開始 2.離婚 4.死亡 5.その他					<input type="checkbox"/> 発行が必要

注：書類の提出先はお勤め先です。また、この申請書の他に提出していただく書類があります。

- ・「職業(学年)」は、パート、学年等、その実態がわかるようにしてください。無職の場合は「なし」と記入してください。
- ・「年間収入」は、課税・非課税を問わず、全ての収入です。無収入の場合は「なし」と記入してください。
- ・扶養増の申請時は、「被扶養者になった日」に出生日、婚姻日、退職日の翌日、失業給付の受給が終了した日の翌日等を記入してください。
- ・扶養減の申請時は、「被扶養者でなくなった日」に就職日、死亡日の翌日、離婚日、失業給付の受給が開始した日、収入超過となった日等を記入してください。

※ 資格確認書の発行が必要な場合(※)は発行が必要にチェックを入れてください。以下に該当する場合に限ります。

- ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
- ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

事業所担当者記入欄	
●事業所名:	令和 年 月 日 認定・削除 名
●被保険者からの提出年月日: 令和 年 月 日	
※担当部署にて、事業所名と、被保険者からの提出年月日を記入し、添付書類・記入不備がない事を確認してから提出してください。	担当(印またはサイン)

健康保険組合			
常務理事	事務長	課長	担当