

健康保険 被扶養者(異動)届

	常務理事	事務長	担当者	パンチ済
承認済				

提出先：被保険者→事業主→健康保険組合

令和 年 月 日 提出

被保険者等 記号	被保険者等 番号	被 保 険 者 の 氏 名		事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話
0 0 0	0 0	(氏)	(名)	
被保険者の住所		〒		

◎該当する文字を○で囲んで下さい。
◎個人番号は、被扶養者加入申請時のみご記入下さい。
◎削除の場合、保険証等を必ず添付して下さい。

	被扶養者の氏名	性別	続柄	世帯	生年月日	職業	被扶養者になった日	被扶養者でなくなった日	資格 確認 書要 否欄
						月平均収入額	理由	理由	
加入	(フリガナ)	男・女		1・同居 2・別居	昭 令 年 月 日 平		令和 年 月 日	令和 年 月 日	①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 ②マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者 ③マイナンバーカードを保有しているが健康保険証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
削除	(氏名)	個人 番号				円	出生 離職 結婚 被保険者の加入 その他	就職 社保加入 年収過 死亡 離婚 その他	資格確認書発行は、①～③に該当の場合のみ (必要の場合 <input checked="" type="checkbox"/>) 発行します。 該当番号 () <input type="checkbox"/> 発行が必要
備考欄									

	被扶養者の氏名	性別	続柄	世帯	生年月日	職業	被扶養者になった日	被扶養者でなくなった日	資格 確認 書要 否欄
						月平均収入額	理由	理由	
加入	(フリガナ)	男・女		1・同居 2・別居	昭 令 年 月 日 平		令和 年 月 日	令和 年 月 日	①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 ②マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者 ③マイナンバーカードを保有しているが健康保険証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
削除	(氏名)	個人 番号				円	出生 離職 結婚 被保険者の加入 その他	就職 社保加入 年収過 死亡 離婚 その他	資格確認書発行は、①～③に該当の場合のみ (必要の場合 <input checked="" type="checkbox"/>) 発行します。 該当番号 () <input type="checkbox"/> 発行が必要
備考欄									

	被扶養者の氏名	性別	続柄	世帯	生年月日	職業	被扶養者になった日	被扶養者でなくなった日	資格 確認 書要 否欄
						月平均収入額	理由	理由	
加入	(フリガナ)	男・女		1・同居 2・別居	昭 令 年 月 日 平		令和 年 月 日	令和 年 月 日	①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 ②マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者 ③マイナンバーカードを保有しているが健康保険証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
削除	(氏名)	個人 番号				円	出生 離職 結婚 被保険者の加入 その他	就職 社保加入 年収過 死亡 離婚 その他	資格確認書発行は、①～③に該当の場合のみ (必要の場合 <input checked="" type="checkbox"/>) 発行します。 該当番号 () <input type="checkbox"/> 発行が必要
備考欄									

◎この届出は、事実の発生した日から5日以内に提出して下さい。

◎被扶養者になるものについて届出をする場合に必要となる書類

・現況届 (A 又は B) ※その他必要な書類は、現況届の「添付書類」をご参照下さい。

【収集する個人情報について】

本届出に記入された個人情報は、本届出に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。



記入例

色部分をご記入下さい。

健康保険 被扶養者(異動)届 (加入)

承認済	常務理事	事務長	担当者	パンチ済
-----	------	-----	-----	------

提出先：被保険者→事業主→健康保険組合

令和 6 年 12 月 3 日 提出

被保険者等 記号	被保険者等 番号	被 保 険 者 の 氏 名		事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話	事業主記入
000104	004567	(氏) 健保	(名) 太郎		
被保険者の住所		〒196-0022 東京都昭島市中神町1148			

◎該当する文字を○で囲んで下さい。
◎個人番号は、被扶養者加入申請時のみご記入下さい。
◎削除の場合、保険証等を必ず添付して下さい。

	被扶養者の氏名	性別	続柄	世帯	生年月日	職業	被扶養者になった日	被扶養者でなくなった日	資格 確認 書要 否欄
						月平均収入額	理由	理由	
加入	(フリガナ) ケンポ ハナコ	男・女	妻	1・同居 2・別居	昭令 年 月 日 平 0 3 1 1 2 8	なし	令和 年 月 日 0 6 1 2 0 1	令和 年 月 日	①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 ②マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者 ③マイナンバーカードを保有しているが健康保険証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
削除	(氏名) 健保 花子	個人 番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3			0 円	出生 離職 結婚 被保険者の加入 その他	就職 社保加入 年収過 死亡 離婚 その他	資格確認書発行は、①～③に該当の場合のみ (必要の場合 □に <input checked="" type="checkbox"/>) 発行します。 該当番号 () □ 発行が必要
備考欄									

	被扶養者の氏名	性別	続柄	世帯	生年月日	職業	被扶養者になった日	被扶養者でなくなった日	資格 確認 書要 否欄
						月平均収入額	理由	理由	
加入	(フリガナ) ケンポ タクヤ	男・女	長男	1・同居 2・別居	昭令 年 月 日 平 0 6 1 2 0 2	なし	令和 年 月 日 0 6 1 2 0 2	令和 年 月 日	①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 ②マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者 ③マイナンバーカードを保有しているが健康保険証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
削除	(氏名) 健保 拓也	個人 番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 9 9 9			0 円	出生 離職 結婚 被保険者の加入 その他	就職 社保加入 年収過 死亡 離婚 その他	資格確認書発行は、①～③に該当の場合のみ (必要の場合 □に <input checked="" type="checkbox"/>) 発行します。 該当番号 (①) <input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要
備考欄									

	被扶養者の氏名	性別	続柄	世帯	生年月日	職業	被扶養者になった日	被扶養者でなくなった日	資格 確認 書要 否欄
						月平均収入額	理由	理由	
加入	(フリガナ)						令和 年 月 日	令和 年 月 日	①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 ②マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者 ③マイナンバーカードを保有しているが健康保険証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
削除	(氏名)	個人 番号				円	出生 離職 結婚 被保険者の加入 その他	就職 社保加入 年収過 死亡 離婚 その他	資格確認書発行は、①～③に該当の場合のみ (必要の場合 □に <input checked="" type="checkbox"/>) 発行します。 該当番号 () □ 発行が必要
備考欄									

加入時は、個人番号を必ずご記入下さい。
※新生児で、個人番号の取得に時間がかかる場合は、後日所定の届出用紙で提出して頂きます。

◎この届出は、事実の発生した日から5日以内に提出して下さい。

◎被扶養者になるものについて届出をする場合に必要となる書類

・現況届 (A 又は B) ※その他必要な書類は、現況届の「添付書類」をご参照下さい。

【収集する個人情報について】

本届出に記入された個人情報は、本届出に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。



記入例

色部分をご記入下さい。

健康保険 被扶養者(異動)届 (削除)

承認済	常務理事	事務長	担当者	パンチ済
-----	------	-----	-----	------

提出先：被保険者→事業主→健康保険組合

令和 6 年 4 月 3 日 提出

被保険者等 記号	被保険者等 番号	被 保 険 者 の 氏 名		事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話	事業主記入
000104	004567	(氏) 健保	(名) 太郎		
被保険者の住所		〒196-0022 東京都昭島市中神町1148			

◎該当する文字を○で囲んで下さい。
◎個人番号は、被扶養者加入申請時のみご記入下さい。
◎削除の場合、保険証等を必ず添付して下さい。

	被扶養者の氏名	性別	続柄	世帯	生年月日	職業	被扶養者になった日	被扶養者でなくなった日	資格確認書要否欄
						月平均収入額	理由	理由	
加入	(フリガナ) ケンポ ハナコ	男・女	妻	1・同居 2・別居	昭 令 年 月 日 平 0 3 1 1 2 8	パート	令和 年 月 日	令和 年 月 日	①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 ②マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者 ③マイナンバーカードを保有しているが健康保険証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
削除	(氏名) 健保 花子	個人 番号				88,000 円	出生 離職 結婚 被保険者の加入 その他	就職 社保加入 年収過 死亡 離婚 その他	資格確認書発行は、①～③に該当の場合のみ (必要の場合 □に <input checked="" type="checkbox"/>) 発行します。 該当番号 () □ 発行が必要
備考欄									

	被扶養者の氏名	性別	続柄	世帯	生年月日	職業	被扶養者になった日	被扶養者でなくなった日	資格確認書要否欄
						月平均収入額	理由	理由	
加入	(フリガナ) ケンポ タクヤ	男・女	長男	1・同居 2・別居	昭 令 年 月 日 平 1 4 1 2 0 2	会社員	令和 年 月 日	令和 年 月 日	①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 ②マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者 ③マイナンバーカードを保有しているが健康保険証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
削除	(氏名) 健保 拓也	個人 番号				200,000 円	出生 離職 結婚 被保険者の加入 その他	就職 社保加入 年収過 死亡 離婚 その他	資格確認書発行は、①～③に該当の場合のみ (必要の場合 □に <input checked="" type="checkbox"/>) 発行します。 該当番号 () □ 発行が必要
備考欄									

	被扶養者の氏名	性別	続柄	世帯	生年月日	職業	被扶養者になった日	被扶養者でなくなった日	資格確認書要否欄
						月平均収入額	理由	理由	
加入	(フリガナ)	男・女		1・同居 2・別居	昭 令 年 月 日 平		令和 年 月 日	令和 年 月 日	①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 ②マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者 ③マイナンバーカードを保有しているが健康保険証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
削除	(氏名)	個人 番号					出生 離職 結婚 被保険者の加入 その他	就職 社保加入 年収過 死亡 離婚 その他	資格確認書発行は、①～③に該当の場合のみ (必要の場合 □に <input checked="" type="checkbox"/>) 発行します。 該当番号 () □ 発行が必要
備考欄									

◎この届出は、事実の発生した日から5日以内に提出して下さい。

◎被扶養者になるものについて届出をする場合に必要となる書類

・現況届 (A 又は B) ※その他必要な書類は、現況届の「添付書類」をご参照下さい。

【収集する個人情報について】

本届出に記入された個人情報は、本届出に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。

