正

提出先： 各会社の社会保険担当者
正・副 ２ページを提出して下さい。

健 康 保 険 被 扶 養 者（異動）届

(1) この届書は被扶養者に異動（増減）が生じたとき、５日以内に健保組合へ提出してください。なお、被扶養者（減）の場合はその方の保険証等を添付してください。
(2) 住民票住所と居所が異なる場合、居所を住所変更届にて届出ください。
(3) 添付書類は健保ホームページの「提出書類一覧表」を参照してください。
(4) 被扶養者（減）の届出の場合⑬～⑯、⑳の記入は不要です。

…て下さい。

…について 出生等にてマイナンバーが付与されていない場合はあらためて届出ていただきます。

提出月日 ×× 年 ×× 月 ×× 日

住民票住所と居所が異なる場合は住所変更届を提出

この欄は、届出をする被保険者本人について記入して下さい。

①保険者等	記号	×	×	×	番号	×	×	×	×	×	枝番	－	0	0	② 氏名	健保　太郎	③ 生年月日	昭・平 年 ×× 月 ×× 日 ×× 生
④ 住民票住所	〒 ×××－×××× 東京都××区××町××－××－××																⑤ 資格取得年月日	昭・平・令 年 ×× 月 ×× 日 ××
⑥ 事業所の名称	××××																⑦ 被保険者及び配偶者の年間収入（配偶者がいない場合は「配偶者なし」と記入ください）	被保険者： ６００万 円 配偶者： 0 円

子どもの場合は子、娘などではなく、【長男、長女】など戸籍上の続柄を記入

✓が無い場合、資格確認書を交付できませんのでご注意ください

この欄は、…について記入して下さい。

⑧増加又は減少の別	⑨（フリガナ）氏名 生年月日	⑩性別	⑪被保険者との戸籍上の続柄	⑫職業	⑬月平均収入額	⑭被保険者と同居・別居	⑮扶養されるようになった日	⑯資格確認書発行要否	扶養されなくなった日（死亡の場合は死亡日の翌日）	削除理由	喪失証明書発行要否	健保組合使用欄 認定年月日 / 削除年月日	備考
増 減	（フリガナ）ケンポ ハナコ 健保 花子 昭・平・令 ×× 年 ×× 月 ×× 日生	男・女	妻	なし	0 円	同居・別居	令和 ×年×月××日	☑ 発行が必要	令和 年 月 日		☐ 発行が必要	年 月 日 / 年 月 日	
		⑳個人番号 マイナンバー	××××	××××	××××	㉑住民票住所	〒（別居の場合は要記入）						
増 減	（フリガナ）ケンポ アイ 健保 愛 昭・平・令 ×× 年 ×× 月 ×× 日生	男・女	二女	学生	50,000 円	同居・別居	令和 ×年×				☐ 発行が必要	年 月 日 / 年 月 日	
		⑳個人番号 マイナンバー	××××	××××	××××	㉑住民票住所	〒 ×××－×××× 神奈川県××市××町×						
増 減	（フリガナ） 昭・平・令 年 月 日生	男・女					令和 年				☐ 発行が必要	年 月 日 / 年 月 日	
		⑳個人番号 マイナンバー					場合は要記入）						
増 減	（フリガナ） 昭・平・令 年 月 日生	男・女			円	同居・別居	令和 年 月 日	☐ 発行が必要	令和 年 月 日		☐ 発行が必要	年 月 日 / 年 月 日	
		⑳個人番号 マイナンバー				㉑住民票住所	〒（別居の場合は要記入）						

出生→誕生日
退職→退職日の翌日
婚姻→入籍日
（入籍後別居であれば同居開始日）
雇用保険受給終了→受給終了日翌日
国内居住→住民票の転入日

住民票住所と居所が異なる場合は住所変更届を提出

事業主記入欄		
	事業所所在地	〒
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話	

常務理事	事務長	G L	担当者

決裁日付印　受付日付印