

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。被扶養者(減)の場合はその方の資格確認書(有効期限内のもの)を添付してください。
- (2) 扶養認定日は原則として決裁日となります。
- (3) 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。
- (4) 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。
- (5) 被扶養者(減)の届出の場合⑬~⑯、⑳の記入は不要です。

住民票住所と居所が異なる場合は住所変更届を提出して下さい。

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

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 被保険者等	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
④ 住民票住所	〒 ×××-×××× ×××× 東京都××区××町××-××-××				⑤ 資格取得年月日 昭平 ×× ×× ×× 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、扶養者について記入して下さい										健保組合使用欄			
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	⑰ 扶養されなくなった日 <small>死亡の場合は死亡日の翌日</small>	⑱ 削除理由	⑲ 喪失証明書発行要否	認定年月日	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	<input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要	令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 発行が必要	年 月 日	
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×月××日	<input type="checkbox"/> 発行が必要	令和 ×年×月××日		<input type="checkbox"/> 発行が必要	年 月 日	
増減	(フリガナ) ×××× ×××× 昭平・令 年 月 日生	男・女					令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発行が必要	令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 発行が必要	年 月 日	
増減	(フリガナ) ×××× ×××× 昭平・令 年 月 日生	男・女					令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発行が必要	令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 発行が必要	年 月 日	

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