

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。

高齢受給者証が交付されている方は  
保険証と合わせて添付してください。

### 健康保険被扶養者（異動）届

太枠内を記入して下さい。

**マイナンバーについて** 扶養削除の場合はマイナンバーの記載は不要。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 被保険者証の 記号 × × × × × × × × × × 番号 × × × × × × × × × × 枝番 - 0 0	② 氏名 <b>健保 太郎</b>	③ 生年月日 昭・平 × × × × × × × × × ×
④ 現住所 〒 × × × - × × × × × × <b>東京都 × × 区 × × 町 × × - × × × - × × ×</b>	⑤ 資格取得 入社日 昭・平 × × × × × × × × × × 令 × × × × × × × × × ×	
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： 円 配偶者： 円

(4) (3) (2) (1) この届書は、被扶養者に異動（増減）を生じたとき、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）の場合はその方の被保険者証を添付してください。  
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。  
被扶養者（減）の届出の場合⑬、⑭、⑯の記入は不要です。

この欄は、増減する被扶養者のみ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 被保険者との続柄	⑫ 職業	⑬ 月平均収入額 円	⑭ 被保険者と同居・別居	⑮ 扶養されるようになった日 平成 年 月 日 令和 年 月 日	⑯ 扶養されなくなった日 (死亡の場合は死亡日の翌日) 平成 × 年 × 月 × 日 令和 × 年 × 月 × 日	⑰ 削除理由 就職 死亡 後期高齢者	⑱ 喪失証明書 要・否	健保組合使用欄	
											認定年月日	備考
増	ケンポ ハナコ 健保 花子 昭・平・令 × × 年 × × 月 × × 日生	男・女 女	妻		円	同居・別居 同居	平成 年 月 日 令和 年 月 日	令和 × 年 × 月 × 日	就職 死亡 後期高齢者	要・否 否	年 月 日	
増	(フリガナ) 昭・平・令 年 月 日生	男・女			円	同居・別居 同居	令和 年 月 日			要・否	年 月 日	
増	(フリガナ) 昭・平・令 年 月 日生	男・女			円	同居・別居 同居	令和 年 月 日	令和 年 月 日	就職 死亡 後期高齢者 その他	要・否	年 月 日	
増	(フリガナ) 昭・平・令 年 月 日生	男・女			円	同居・別居 同居	令和 年 月 日	令和 年 月 日	就職 死亡 後期高齢者 その他	要・否	年 月 日	

就職→入社日  
死亡→死亡日の翌日  
後期高齢者→75歳の誕生日  
雇用保険受給→受給開始日  
国外居住→住民票の転出日

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