

健康保険 被扶養者（異動）届

事業主記入欄	令和	年	月	日
	事業所所在地	被保険者からの届出であることを確認しました。 〒 -		
	事業所名称			
	事業主氏名			
	電話番号	()		

確認者 (担当者印)	☐ 被保険者本人の届出意思を確認しました。 上記に ☒ がある場合は、被保険者本人の押印を省略することができます。
---------------	---

常務理事	事務長	係員	担当者
健保受付印			

資格確認書が必要な場合は、「資格確認書発行依頼理由書」を提出ください。

被保険者・届出者	被保険者等記号	氏名	(フリガナ)		生年月日	昭和	年	月	日	性別	男	女
			(氏)	(名)		平成						
	被保険者等番号	被保険者住所	☐	〒 -								
			住民票住所と居所が同じ場合 合し点をしてください。	※住民票に記載されている住所をご記入ください（例：東京都中野区中野4丁目10番2号）								
			住民票住所と居所が相違する場合、居所を記載してください。	〒 (フリガナ)								
登録するメールアドレス (健保からのお知らせ等が届きます)			@									

被扶養配偶者	氏名	(フリガナ)		続柄		生年月日	昭和	年	月	日	性別	男	女		
		(氏)	(名)			平成									
	マイナンバー	新しく被扶養者になるとき	または新たに被扶養者になるときのみ記入してください。	同居	別居の場合は	☐ 住民票住所の場合レ点をしてください	〒								
				別居	業務上私的 理由	住所を記載	住民票住所と居所が相違する場合、居所を記載してください	〒							
	登録するメールアドレス (健保からのお知らせ等が届きます)			@											
健保組合認定日	令和	年	月	日	被扶養者になった日	令和	年	月	日	扶養の理由	配偶者の就職 離職 収入減 その他	被扶養者の職業		被扶養者の収入	
被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	被保険者証 (資格確認書) 回収日	令和	年	月	日	被扶養者でなくなった理由	就職 (就職日 R 年 月 日) 死亡 (死亡日 R 年 月 日) 後期高齢者 (75歳の誕生日 R 年 月 日) その他 (R 年 月 日)	資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要		
健保組合削除日	令和	年	月	日								削除証明書	☐ 発行が必要		

その他被扶養者1	氏名	(フリガナ)		続柄		生年月日	昭和	年	月	日	性別	男	女		
		(氏)	(名)			平成									
	マイナンバー	新しく被扶養者になるとき	または新たに被扶養者になるときのみ記入してください。	同居	別居の場合は	☐ 住民票住所の場合レ点をしてください	〒								
				別居	業務上私的 理由	住所を記載	住民票住所と居所が相違する場合、居所を記載してください	〒							
	健保組合認定日	令和	年	月	日	被扶養者になった日	令和	年	月	日	扶養の理由	被保険者の就職 離職 出生 その他	被扶養者の職業		被扶養者の収入
被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	被保険者証 (資格確認書) 回収日	令和	年	月	日	被扶養者でなくなった理由	就職 (就職日 R 年 月 日) 死亡 (死亡日 R 年 月 日) 後期高齢者 (75歳の誕生日 R 年 月 日) その他 (R 年 月 日)	資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要		
健保組合削除日	令和	年	月	日								削除証明書	☐ 発行が必要		

その他被扶養者2	氏名	(フリガナ)		続柄		生年月日	昭和	年	月	日	性別	男	女		
		(氏)	(名)			平成									
	マイナンバー	新しく被扶養者になるとき	または新たに被扶養者になるときのみ記入してください。	同居	別居の場合は	☐ 住民票住所の場合レ点をしてください	〒								
				別居	業務上私的 理由	住所を記載	住民票住所と居所が相違する場合、居所を記載してください	〒							
	健保組合認定日	令和	年	月	日	被扶養者になった日	令和	年	月	日	扶養の理由	被保険者の就職 離職 出生 その他	被扶養者の職業		被扶養者の収入
被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	被保険者証 (資格確認書) 回収日	令和	年	月	日	被扶養者でなくなった理由	就職 (就職日 R 年 月 日) 死亡 (死亡日 R 年 月 日) 後期高齢者 (75歳の誕生日 R 年 月 日) その他 (R 年 月 日)	資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要		
健保組合削除日	令和	年	月	日								削除証明書	☐ 発行が必要		

社会保険労務士の提出 代行者名記入欄	
-----------------------	--

健保組合の財源は、皆さんと事業主からいただいている保険料です。 予防事業として健（検）診等を実施していますので、積極的に参加し、医療費の節減に協力してください。 なお、一部の給付および家族健診やがん検診等の補助金は、在籍中に限り、事業主を通じて被保険者にお支払いします。

令和7年4月15日現在