

健康保険 被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	係員	担当者

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。

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」を提出してください。

被保険者・届出者	被保険者等記号	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	昭和	年	月	日	性別	男	女
	被保険者等番号	被保険者住所	<input type="checkbox"/> (フリガナ) - <small>住民票住所と居所が同じ場合、合し点をしてください。</small> ※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）										
			<input type="checkbox"/> (フリガナ) - <small>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。</small>										
	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)	(氏)	(名)	続柄	生年月日	昭和	年	月	日	性別	男	女
	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	<input type="checkbox"/> 住民票住所の場合、合し点をしてください。 <input type="checkbox"/> 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。					
						別居	業務上の私的 理由	住民票住所と居所を記載					
	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
扶養加入最終日の翌日	令和	年	月	日	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	<input type="checkbox"/> 発行が必要
健保組合削除日	令和	年	月	日								削除証明書	<input type="checkbox"/> 発行が必要

その他被扶養者 1	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	続柄	生年月日	昭和	年	月	日	性別	男	女
	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	<input type="checkbox"/> 住民票住所の場合、合し点をしてください。 <input type="checkbox"/> 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。					
						別居	業務上の私的 理由	住民票住所と居所を記載					
	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	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
扶養加入最終日の翌日	令和	年	月	日	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	<input type="checkbox"/> 発行が必要
健保組合削除日	令和	年	月	日								削除証明書	<input type="checkbox"/> 発行が必要

その他被扶養者 2	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	続柄	生年月日	昭和	年	月	日	性別	男	女
	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	<input type="checkbox"/> 住民票住所の場合、合し点をしてください。 <input type="checkbox"/> 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。					
						別居	業務上の私的 理由	住民票住所と居所を記載					
	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	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
扶養加入最終日の翌日	令和	年	月	日	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	<input type="checkbox"/> 発行が必要
健保組合削除日	令和	年	月	日								削除証明書	<input type="checkbox"/> 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。また、健保組合からお問い合わせをする際は、電子メール・電話・FAX・手紙等で直接、もしくは事業所を通じてご連絡いたします。

令和8年3月1日現在