

健康保険 被扶養者（異動）届

事業主記入欄	令和 ** 年 ** 月 ** 日	被保険者からの届出であることを確認しました。 〒 -	常務理事	事務長	係員	担当者
	事業所所在地	事業主印	健保受付印			
	事業所名称					
	事業主氏名					
	電話番号 ()					
確認者 (担当者印)	<input type="checkbox"/> 被保険者本人の届出意思を確認しました。 上記に <input checked="" type="checkbox"/> 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。					

No.1

被保険者・届出者	被保険者記号 ***	フリガナ (フリガナ) ○○○○ ○○○○	氏名 (氏) ○○○ (名) ○○○○	生年月日 昭和 * 年 * 月 * 日 平成	性別 男 女	
	被保険者番号 ****	住所	フリガナを記入してください。 都道府県から記入してください。 被扶養者の増減届のときは健保への届出住所を記入してください。			
	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)	該当するときはチェックしてください。				
		@				

皆さんが加入している健保組合の財源は、皆さんと事業主からいただいている保険料です。皆さんと家族の健康維持のために、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。

被扶養配偶者	氏名 (フリガナ) ○○○○ ○○○○	氏名 (氏) ○○○ (名) ○○○○	続柄 *	生年月日 昭和 * 年 * 月 * 日 平成	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 同居 <input type="checkbox"/> 別居 別居 <input type="checkbox"/> 別居 別居の場合はその住所を記入してください。				
	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)	必ず、健（検）診等のお知らせが直接届きますので必ず記入してください。携帯、PCどちらでも可。 いづれかに○をつけてください。				
	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	配偶者の就業状況 収入源 その他	被扶養者の職業 ***	被扶養者の収入 ***円
被扶養者でなくなった日 令和 * 年 * 月 * 日	保険証回収日 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)	削除証明書 証明書が必要な場合し点を	<input type="checkbox"/>	

その他被扶養者 1	氏名 (フリガナ) ○○○○ ○○○○	氏名 (氏) ○○○ (名) ○○○○	続柄 **	生年月日 昭和 * 年 * 月 * 日 平成 令和	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 同居 <input type="checkbox"/> 別居 別居 <input type="checkbox"/> 別居 別居の場合はその住所を記入してください。				
	被扶養者届出時にマイナンバーを届出できない場合は、別紙の 被扶養者マイナンバー（個人番号）届を提出してください。	続柄は 長男、長女 というように記入してください。				
	被扶養者でなくなった日 令和 * 年 * 月 * 日	健保組合削除日 令和 * 年 * 月 * 日	被扶養者でなくなった理由	配偶者の就業状況 出生 その他	被扶養者の職業	被扶養者の収入 円
				削除証明書 証明書が必要な場合し点を	<input type="checkbox"/>	

その他被扶養者 2	氏名 (フリガナ) ○○○○ ○○○○	氏名 (氏) ○○○ (名) ○○○○	続柄	生年月日 昭和 平成	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 同居 <input type="checkbox"/> 別居 別居 <input type="checkbox"/> 別居 別居の場合はその住所を記入してください。				
	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	配偶者の就業状況 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	健保組合削除日 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)	削除証明書 証明書が必要な場合し点を	<input type="checkbox"/>

配偶者以外
3人目は別紙に記入してください。
被保険者（届出者）欄に 被保険者記号、被保険者番号、氏名を忘れずに記入してください。