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

被保険者からの届出であることを確認しました。

〒　　－

事業所所在地

事業所名称　事業主印 ㊞

事業主氏名

電話番号　（　　）

確認者（担当者印）　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」を提出ください。

被保険者・届出者

被保険者記号	氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	〇〇〇〇	〇〇〇〇〇	生年月日	昭和 ＊ 年 ＊ 月 ＊ 日 ＊	性別	男 女
＊＊＊		（氏） 〇〇〇	（名） 〇〇〇〇 ㊞			平成		

被保険者番号：＊＊＊＊

☐ 住民票住所と居所が同じ場合レ点をしてください。

〒 ＊＊＊ － ＊＊＊＊　（ﾌﾘｶﾞﾅ）

フリガナを記入してください。

住民票に記載されている住所を都道府県から記入してください。

※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）

該当するときはチェックしてください。

☐ 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。

〒 ＊＊＊ － ＊＊＊＊　（ﾌﾘｶﾞﾅ）

フリガナを記入してください。

住民票住所と居所が相違する場合、居所を都道府県から記入してください。

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）　@

被扶養配偶者

氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	〇〇〇〇	〇〇〇〇〇	続柄	＊	生年月日	昭和 ＊ 年 ＊ 月 ＊ 日 ＊	性別	男 女
	（氏） 〇〇〇		（名） 〇〇〇〇				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 別居の別：同居 / 別居

☐ 住民票住所の場合レ点をしてください。

〒　　－　別居の場合はその住所

被保険者と同居でも必ずチェックしてください。

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）

ぷりずむ、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	配偶者の就職 / 離職 / 収入減 / 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	☐ 発行が必要
健保組合削除日	令和	年	月	日							資格確認書発行要否	☐ 発行が必要

増えるときは上段

減るときは下段

被扶養者でなくなった日の翌日（後期高齢者はその日）

その他被扶養者1

氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	〇〇〇〇	〇〇〇〇〇	続柄	＊＊	生年月日	昭和 平成 令和 ＊ 年 ＊ 月 ＊ 日 ＊	性別	男 女
	（氏） 〇〇〇		（名） 〇〇〇〇						

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：同居 / 別居

☐ 住民票住所の場合レ点をしてください。

〒　　－　別居の場合はその住所

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。

届出時にチェックがなく、後日要求された場合は、別途申請書を事業主が提出してください。保険証が回収されていなかった場合は回収の上、添付して申請してください。

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	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	☐ 発行が必要
健保組合削除日	令和	年	月	日							資格確認書発行要否	☐ 発行が必要

保険証の回収は被保険者経由で事業主が行ってください。
被扶養者（異動）届に添付するときは、回収日を記入してください。
回収日は削除日（喪失日）以降の日付です。

その他被扶養者2

氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）			続柄		生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男 女
	（氏）		（名）									

マイナンバー：新しく被扶

所

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	者の就職	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	保険証回収日	令和 年 月 日	被扶養者でなくなった理由	（就職日 R＊＊年＊＊月＊＊日） / （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	☐ 発行が必要
健保組合削除日	令和	年	月	日							資格確認書発行要否	☐ 発行が必要

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。

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6年11月20日現在