

常務理事	事務長	担当

記入例

健康保険被扶養者(異動)届

被保険者欄	記号	番号	氏名		生年月日	資格取得年月日 (入社年月日)	
	1211	1234	健保 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 確認欄 <small>自署の場合は、押印を省略することができます。 *ただし、訂正があった場合は省略不可 (一自署であるため、押印を省略する場合は、②)</small>	昭和 平成 令和 47年 4月 1日	昭和 平成 令和 4年 4月 1日	
	会社名	△△株式会社	所属	〇〇部△△課	被保険者住所	〒191-0001 東京都日野〇〇町1-2-3 コーポ日野203	
従業員番号 <small>※事業主より指示があった場合のみ記入</small>		内線番号	5555	備考			

▼ 追加 ・ 削除 どちらかに☑

被扶養者欄	氏名		続柄 (*1)	性別	生年月日	削除の場合のみ記入	
	(フリガナ)	ケンボ ハナコ		男	昭和 平成 令和 48年 4月 2日	削除理由	就職したため
	(氏)	健保 花子	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 女		資格喪失証明書(*2)	<input type="checkbox"/> 希望する <input checked="" type="checkbox"/> 希望しない
	住所	同上	住民票住所	同上	マイナンバー(個人番号):追加の場合のみ記入	※ 認定日	年 月 日
当該当届出書の提出年1月1日の住民票の住所		同上	別紙:提供届に記載	※ 削除日	年 月 日		

国民健康保険や他の健康保険等に加入する際に必要な書類です

記入不要

被保険者の住所と同じ場合、同上にチェックを入れてください。なお、その場合は住所の記入は不要です。(ほかの被扶養者欄においても同様)

▼ 追加 ・ 削除 どちらかに☑

被扶養者欄	氏名		続柄 (*1)	性別	生年月日	削除の場合のみ記入	
	(フリガナ)			男	昭和 平成 年 月 日	削除理由	
	(氏)	(名)		女		資格喪失証明書(*2)	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
	住所	同上	住民票住所	同上	マイナンバー(個人番号):追加の場合のみ記入	※ 認定日	年 月 日
当該当届出書の提出年1月1日の住民票の住所		同上	別紙:提供届に記載	※ 削除日	年 月 日		

▼ 追加 ・ 削除 どちらかに☑

被扶養者欄	氏名		続柄 (*1)	性別	生年月日	削除の場合のみ記入	
	(フリガナ)			男	昭和 平成 年 月 日	削除理由	
	(氏)	(名)		女		資格喪失証明書(*2)	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
	住所	同上	住民票住所	同上	マイナンバー(個人番号):追加の場合のみ記入	※ 認定日	年 月 日
当該当届出書の提出年1月1日の住民票の住所		同上	別紙:提供届に記載	※ 削除日	年 月 日		

個人情報の保護について:この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用致しません。

記入上注意
 (*1) 被保険者との続柄は「妻・長女・養女・継子(女)・母・義母」等正確に記入して下さい。
 (*2) 資格喪失証明書は国保等に加入する際に必要な書類です。

- この届書の他に、住民票等必要な証明書類を添付していただきます。現況届にて必要書類をご確認ください。
- 被扶養者を削除する場合は、該当者の被保険者証も添付して下さい。
- ご不明な点は、各事業所の社会保険担当 または健康保険組合までご連絡下さい。

確認欄

この届出については以下①又は②の要件を満たしたものである
 ①申請者本人(被保険者)が、自署以外で作成したものである。
 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。
 (一事業主の証明により、押印を省略する場合は、☑)

事業主の押印を忘れずにお願い致します。

事業所所在地
 事業所名称
 事業主氏名 (印)

受付日付印