

健康保険被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	業務部長	業務課長	業務係長	担当者

- ※ 下の各項目について、ご記入ください。また、選択科目については○で囲んでください。
- ※ 事業所が「確認欄」の要件を確認し、☑を記入してください。
- ※ 異動理由が「削除」の場合は、削除する方の資格確認書を添付してください（発行されている場合に限る）。
- ※ 「削除」で、新しい資格情報のお知らせや資格確認書をお持ちの場合は添付してください。
- ※ 住民票住所と居所が異なる場合はそれぞれご記入ください。

記載上の注意事項

① この届書は、被保険者が新たに被扶養者を増加（出生・婚姻）するとき、又は被保険者が、入社等により以前から被扶養者となっていた方を継続して扶養するとき、あるいは、被扶養者となつてゐる方に異動（削除）理由が生じたときは、5日以内に必要事項を記入し事業主を経由して提出してください。※記入例「妻」、「長男」、「長女」、と戸籍簿本上の内容でご記入ください。

② 続柄欄は、被保険者を基準に具体的に「ご記入ください。」

③ 職業欄は、該当する項目を○で囲んでください。

④ 写し又は、在学証明書を添付してください。※記入例・学生（高校二年）、・学生（大学一年）、その他（浪人中）で平均的な収入欄は、収入額を記入し、収入額がわかるものを添付してください。※収入の無い方は、居住地の市区町村で「非課税証明書」を取り、添付してください。●パート収入のある方は、給与明細の写し（3か月程度）、年金収入のある方は、年金振込通通知書等の写し。その他の収入（自営業、不動産収入等）がある方は、確定申告書の写し等を添付してください。

⑤ 扶養の理由欄は、該当事項を○で囲み、その他の場合は、（ ）内に具体的な内容をご記入ください。

被保険者等記号・番号		被保険者氏名（上段はフリガナ下段は漢字）				生年月日	性別	資格取得日	標準報酬月額			
記号	番号	(氏)	(名)			昭・平・令	男・女	昭・平・令	千円			
						年 月 日		年 月 日				
被保険者の現住所								現在の被扶養者数	受理後の被扶養者数			
住民票住所	〒								人	人		
居所	〒											
増・削の区分	(フリガナ) 被扶養者の氏名	性別	生年月日	続柄	年齢	同居区分	被扶養者の職業	月平均の収入額	扶養する・扶養しなくなった理由	扶養開始した日又は削除となった日	資格確認書発行要否	備考
増加・削除		男・女	昭・平・令 年 月 日	歳		同居・別居	・無職 ・パート又はアルバイト ・学生（ ） ・その他（ ）	円	・出生・死亡 ・婚姻・離婚 ・就職・離職 ・被保険者の取得・その他（ ）	平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発行が必要	
住民票住所	〒											
居所	〒											
増加・削除		男・女	昭・平・令 年 月 日	歳		同居・別居	・無職 ・パート又はアルバイト ・学生（ ） ・その他（ ）	円	・出生・死亡 ・婚姻・離婚 ・就職・離職 ・被保険者の取得・その他（ ）	平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発行が必要	
住民票住所	〒											
居所	〒											
増加・削除		男・女	昭・平・令 年 月 日	歳		同居・別居	・無職 ・パート又はアルバイト ・学生（ ） ・その他（ ）	円	・出生・死亡 ・婚姻・離婚 ・就職・離職 ・被保険者の取得・その他（ ）	平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発行が必要	
住民票住所	〒											
居所	〒											

上記のとおり被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します。

令和 年 月 日提出

〒 -

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話 () 番

確認欄	
<input type="checkbox"/>	この届出については、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）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

社労士記載欄	
--------	--

受付日付印

健康保険被扶養者（異動）届

※ 下の各項目について、ご記入ください。また、選択科目については○で囲んでください。

※ 事業所が「確認欄」の要件を確認し、☑を記入してください。

※ 異動理由が「削除」の場合は、削除する方の経過措置終了までの保険証または資格確認書を添付してください（発行されている場合に限る）。

※ 「削除」で、新しい資格情報のお知らせや資格確認書をお持ちの場合は添付してください。

※ 住民票住所と居所が異なる場合はそれぞれご記入ください。

被保険者等記号・番号		被保険者氏名（上段はフリガナ下段は漢字）				生年月日	性別	資格取得日	標準報酬月額				
記号	番号	(氏)	(名)	昭・平・令	男	昭・平・令							
				年 月 日	・女	年 月 日		千円					
被保険者の現住所							現在の被扶養者数	受理後の被扶養者数					
住民票住所	〒							人	人				
居所	〒												
増・削 の区分	(フリガナ) 被扶養者の氏名	性別	生年月日	続柄	年齢	同居 区分	被扶養者の職業	月平均の 収入額	扶養する・扶養し なくなった理由	扶養開始した日又は削除 となった日	資格確認書 発行要否	備考	
被扶養者の住所										被扶養者の個人番号			
増加 ・ 削除	(氏) (名)	男 ・ 女	昭・平・令 年 月 日			同居 ・ 別居	・無職 ・パート又はアルバイト ・学生（ ） ・その他（ ）	円	・出生・死亡 ・婚姻・離婚 ・就職・離職 ・被保険者の取得・その他（ ）	平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発行が必要		
住民票住所	〒												
居所	〒												
増加 ・ 削除	(氏) (名)	男 ・ 女	昭・平・令 年 月 日			同居 ・ 別居	・無職 ・パート又はアルバイト ・学生（ ） ・その他（ ）	円	・出生・死亡 ・婚姻・離婚 ・就職・離職 ・被保険者の取得・その他（ ）	平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発行が必要		
住民票住所	〒												
居所	〒												
増加 ・ 削除	(氏) (名)	男 ・ 女	昭・平・令 年 月 日			同居 ・ 別居	・無職 ・パート又はアルバイト ・学生（ ） ・その他（ ）	円	・出生・死亡 ・婚姻・離婚 ・就職・離職 ・被保険者の取得・その他（ ）	平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発行が必要		
住民票住所	〒												
居所	〒												

事業所所在地	〒	令和	年	月	日提出
事業所名称					
事業主氏名					
電話			(局)		番

この処分に不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書又は口頭で社会保険審査官（地方厚生（支）局内）に対して審査請求をすることができます。また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。

再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2か月以内に文書又は口頭で社会保険審査会（厚生労働省内）に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6か月以内（再審査請求があったときは、その裁判があったことを知った日から6か月以内）に、健康保険組合を被告として提起することができます。（ただし、原則として、決定又は裁決の日から1年を経過したときは、提起することができなくなります。）

なお、審査請求があった日から2か月を経過しても決定がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても再申請請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。