



# 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。  
 ※被保険者氏名欄を本人が直筆した時に限り、捺印は省略することができます。  
 ※異動理由が「削除」の場合は、削除する方の健康保険証を添付してください。  
 ※「削除」で、新しい保険証をお持ちの場合は、写しを添付して下さい。

|      |     |      |      |      |     |
|------|-----|------|------|------|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 業務部長 | 業務課長 | 業務係長 | 担当者 |
|      |     |      |      |      |     |

## 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が増加（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に、あるいは、被扶養者となっていた方に異動（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）するとき、あるいは、被扶養者を基準に具体的にご記入ください。※記入例「妻」、「長男」、「長女」と戸籍謄本上の内容で「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（）内に具体的な内容をご記入ください。また、学生で高校生以上の場合は学生証の写し又は、在学証明書を添付してください。※記入例「学生（高校）一年生」、「学生（大学）一年生」、「その他（浪人中）」

④月平均の収入欄は、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」を取り添付ください。★パート収入のある方は、給与明細の写（3カ月程度）年金収入のある方は、裁定通知書等の写。その他（不動産収入等）のある方は、確定申告書の写、または居住地の市区町村で発行される「課税証明書」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。

|                                |                   |                      |                   |    |          |               |   |             |   |                      |    |
|--------------------------------|-------------------|----------------------|-------------------|----|----------|---------------|---|-------------|---|----------------------|----|
| 被保険者証の記号・番号                    |                   | 被保険者氏名（上段はフリガナ下段は漢字） |                   |    | 捺印       | 生年月日          | 性別                                      | 資格取得日       | 標準報酬月額  |                      |    |
| 記号                             | 番号                |                      |                   |    | 印        | 昭和・平成         | 男                                       | 昭和・平成・令和    |   |                      |    |
| 999                            |                   |                      |                   |    |          | 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                               |             |   |                      |    |
| 〒                              |                   |                      |                   |    | 人        |               | 人                                       |             |   |                      |    |
| 増・削<br>の区分                     | (フリガナ)<br>被扶養者の氏名 | 性別                   | 生年月日              | 続柄 | 年齢       | 同居<br>区分      | 被扶養者の職業                                 | 月平均の<br>収入額 | 扶養する・<br>扶養しなく<br>なった理由                                       | 扶養開始した日<br>又は削除となった日 | 備考 |
| 被扶養者の住所（※被保険者と別居の場合は記載してください。） |                   |                      |                   |    |          |               | 被扶養者の個人番号                               |             |   |                      |    |
| 増加<br>・<br>削除                  |                   | 男<br>・<br>女          | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 |    | 歳        | 同居<br>・<br>別居 | ・無職<br>・パート又はアルバイト<br>・学生（ ）<br>・その他（ ） | 円           | ・出生<br>・死亡<br>・婚姻<br>・離婚<br>・就職<br>・離職<br>・被保険者の取得<br>・その他（ ） | 平成・令和<br>年 月 日       |    |
| 〒                              |                   |                      |                   |    |          |               |   |             |   |                      |    |
| 増加<br>・<br>削除                  |                   | 男<br>・<br>女          | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 |    | 歳        | 同居<br>・<br>別居 | ・無職<br>・パート又はアルバイト<br>・学生（ ）<br>・その他（ ） | 円           | ・出生<br>・死亡<br>・婚姻<br>・離婚<br>・就職<br>・離職<br>・被保険者の取得<br>・その他（ ） | 平成・令和<br>年 月 日       |    |
| 〒                              |                   |                      |                   |    |          |               |   |             |   |                      |    |
| 増加<br>・<br>削除                  |                   | 男<br>・<br>女          | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 |    | 歳        | 同居<br>・<br>別居 | ・無職<br>・パート又はアルバイト<br>・学生（ ）<br>・その他（ ） | 円           | ・出生<br>・死亡<br>・婚姻<br>・離婚<br>・就職<br>・離職<br>・被保険者の取得<br>・その他（ ） | 平成・令和<br>年 月 日       |    |
| 〒                              |                   |                      |                   |    |          |               |   |             |   |                      |    |

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

〒 -

**任意継続被保険者**

( 局 ) 番

事業所所在地  
事業所名称  
事業主氏名  
電 話

受付日付印(組合用)



# 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。

※被保険者氏名欄を本人が直筆した時に限り、捺印は省略することができます。

※異動理由が「削除」の場合は、削除する方の健康保険証を添付してください。

※「削除」で、新しい保険証をお持ちの場合は、写しを添付して下さい。

|                                |                   |                      |          |    |    |               |   |             |   |                      |       |
|--------------------------------|-------------------|----------------------|----------|----|----|---------------|---|-------------|---|----------------------|-------|
| 被保険者証の記号・番号                    |                   | 被保険者氏名（上段はフリガナ下段は漢字） |          |    | 捺印 | 生年月日          | 性別                                      | 資格取得日       | 標準報酬月額  |                      |       |
| 記号                             | 番号                |                      |          |    | ①  | 昭和・平成         | 男・女                                     | 昭和・平成・令和    | 千円  |                      |       |
| 999                            |                   |                      |          |    |    | 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   |   |                      |       |
| 〒                              |                   |                      |          |    |    | 人             |   | 人           |   |                      |       |
| 増・削<br>の区分                     | (フリガナ)<br>被扶養者の氏名 | 性別                   | 生年月日     | 続柄 | 年齢 | 同居<br>区分      | 被扶養者の職業                                 | 月平均の<br>収入額 | 扶養する・<br>扶養しなく<br>なった理由                                       | 扶養開始した日<br>又は削除となった日 | 備考    |
| 被扶養者の住所（※被保険者と別居の場合は記載してください。） |                   |                      |          |    |    |               | 被扶養者の個人番号                               |             |   |                      |       |
| 増加<br>・<br>削除                  |                   | 男<br>・<br>女          | 昭和・平成・令和 |    |    | 同居<br>・<br>別居 | ・無職<br>・パート又はアルバイト<br>・学生( )<br>・その他( ) | 円           | ・出生<br>・死亡<br>・婚姻<br>・離婚<br>・就職<br>・離職<br>・被保険者の取得<br>・その他( ) | 平成・令和                | 年 月 日 |
| 〒                              |                   |                      |          |    |    |               |   |             |   |                      |       |
| 増加<br>・<br>削除                  |                   | 男<br>・<br>女          | 昭和・平成・令和 |    |    | 同居<br>・<br>別居 | ・無職<br>・パート又はアルバイト<br>・学生( )<br>・その他( ) | 円           | ・出生<br>・死亡<br>・婚姻<br>・離婚<br>・就職<br>・離職<br>・被保険者の取得<br>・その他( ) | 平成・令和                | 年 月 日 |
| 〒                              |                   |                      |          |    |    |               |   |             |   |                      |       |
| 増加<br>・<br>削除                  |                   | 男<br>・<br>女          | 昭和・平成・令和 |    |    | 同居<br>・<br>別居 | ・無職<br>・パート又はアルバイト<br>・学生( )<br>・その他( ) | 円           | ・出生<br>・死亡<br>・婚姻<br>・離婚<br>・就職<br>・離職<br>・被保険者の取得<br>・その他( ) | 平成・令和                | 年 月 日 |
| 〒                              |                   |                      |          |    |    |               |   |             |   |                      |       |

|                                |            |
|--------------------------------|------------|
| 事業所所在地<br>事業所名称<br>事業主氏名<br>電話 | 令和 年 月 日提出 |
|                                | 〒 -        |
| <b>任意継続被保険者</b>                |            |
|                                | 様          |
|                                | ( 局 ) 番    |

確認日付印(組合用)