

常務理事	事務長	業務部長	業務課長	担当者

正

健康保険 被扶養者（異動）届

被 保 険 者 欄	①被保険者証の記号	②被保険者証の番号	③生年月日	★5.昭和 7.平成	年	月	日	⑦備考
	(フリガナ) ①氏名 (氏) (名)		④取得年月日	★5.昭和 7.平成	年	月	日	標準報酬月額
			④住所					

⑤被扶養者でない配偶者を有するときに記入してください	配偶者の年間収入	円	被保険者の年間収入	円
----------------------------	----------	---	-----------	---

被 扶 養 者 欄	④氏名 (フリガナ) (氏) (名)	⑤生年月日	★5.昭和 7.平成	年	月	日	⑥性別	★1.男 2.女
			⑥個人番号					
	⑦続柄	⑦職業	⑦収入(年収)	円	⑧住所	★1.同居 2.別居	別居の場合 〒	備考

⑨被扶養者になった日	7.平成	年	月	日	⑩被扶養者でなくなった日	7.平成	年	月	日	理由	
------------	------	---	---	---	--------------	------	---	---	---	----	--

被 扶 養 者 欄	④氏名 (フリガナ) (氏) (名)	⑤生年月日	★5.昭和 7.平成	年	月	日	⑥性別	★1.男 2.女
			⑥個人番号					
	⑦続柄	⑦職業	⑦収入(年収)	円	⑧住所	★1.同居 2.別居	別居の場合 〒	備考

⑨被扶養者になった日	7.平成	年	月	日	⑩被扶養者でなくなった日	7.平成	年	月	日	理由	
------------	------	---	---	---	--------------	------	---	---	---	----	--

被 扶 養 者 欄	④氏名 (フリガナ) (氏) (名)	⑤生年月日	★5.昭和 7.平成	年	月	日	⑥性別	★1.男 2.女
			⑥個人番号					
	⑦続柄	⑦職業	⑦収入(年収)	円	⑧住所	★1.同居 2.別居	別居の場合 〒	備考

⑨被扶養者になった日	7.平成	年	月	日	⑩被扶養者でなくなった日	7.平成	年	月	日	理由	
------------	------	---	---	---	--------------	------	---	---	---	----	--

被 扶 養 者 欄	④氏名 (フリガナ) (氏) (名)	⑤生年月日	★5.昭和 7.平成	年	月	日	⑥性別	★1.男 2.女
			⑥個人番号					
	⑦続柄	⑦職業	⑦収入(年収)	円	⑧住所	★1.同居 2.別居	別居の場合 〒	備考

⑨被扶養者になった日	7.平成	年	月	日	⑩被扶養者でなくなった日	7.平成	年	月	日	理由	
------------	------	---	---	---	--------------	------	---	---	---	----	--

上記のとおり被保険者から被保険者の届出がありましたので提出します。

事業所所在地	〒	-
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号	()	()

平成 年 月 日 提出 受付年月日

社会保険労務士の代行者印	
	印

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでよく読んで記入してください。

副

健康保険 被扶養者（異動）届

被 保 険 者 欄	①被保険者証 の記号	②被保険者証 の番号	③生年 月日	★5.昭和 7.平成	年	月	日	⑦備考
	(フリガナ) ①氏名 (氏)	(名)	④取得 年月日	★5.昭和 7.平成	年	月	日	⑧標準 報酬 月額
			⑤住所					

⑨被扶養者でない配偶者を有するときに記入してください	配偶者の年間収入	円	被保険者の年間収入	円
----------------------------	----------	---	-----------	---

被 扶 養 者 欄	(フリガナ) ④氏名 (氏)	(名)	⑤生年月日	★5.昭和 7.平成	年	月	日	⑥性別	★1.男 2.女
			⑥個人番号						
	⑦続柄	⑧職業	⑨収入 (年収)	円	⑩住所	★1.同居 2.別居	別居の場合 〒	備考	備考

⑨被扶養者 になった日	7.平成	年	月	日	⑩被扶養者で なくなった日	7.平成	年	月	日	理由	
----------------	------	---	---	---	------------------	------	---	---	---	----	--

被 扶 養 者 欄	(フリガナ) ④氏名 (氏)	(名)	⑤生年月日	★5.昭和 7.平成	年	月	日	⑥性別	★1.男 2.女
			⑥個人番号						
	⑦続柄	⑧職業	⑨収入 (年収)	円	⑩住所	★1.同居 2.別居	別居の場合 〒	備考	備考

⑨被扶養者 になった日	7.平成	年	月	日	⑩被扶養者で なくなった日	7.平成	年	月	日	理由	
----------------	------	---	---	---	------------------	------	---	---	---	----	--

被 扶 養 者 欄	(フリガナ) ④氏名 (氏)	(名)	⑤生年月日	★5.昭和 7.平成	年	月	日	⑥性別	★1.男 2.女
			⑥個人番号						
	⑦続柄	⑧職業	⑨収入 (年収)	円	⑩住所	★1.同居 2.別居	別居の場合 〒	備考	備考

⑨被扶養者 になった日	7.平成	年	月	日	⑩被扶養者で なくなった日	7.平成	年	月	日	理由	
----------------	------	---	---	---	------------------	------	---	---	---	----	--

被 扶 養 者 欄	(フリガナ) ④氏名 (氏)	(名)	⑤生年月日	★5.昭和 7.平成	年	月	日	⑥性別	★1.男 2.女
			⑥個人番号						
	⑦続柄	⑧職業	⑨収入 (年収)	円	⑩住所	★1.同居 2.別居	別居の場合 〒	備考	備考

⑨被扶養者 になった日	7.平成	年	月	日	⑩被扶養者で なくなった日	7.平成	年	月	日	理由	
----------------	------	---	---	---	------------------	------	---	---	---	----	--

事業所 所在地	〒	-	
事業所 名称			
事業主 氏名			
電話番 号	()	()	

健保組合確認印

【記入上の注意】

1. この届出書は複写になっていますので、文字は、ボールペンを用いて楷書ではっきりと記入してください。
2. ★印の箇所は、該当する項目の数字等を○で囲んでください。
3. 生年月日や資格取得などの年月日を記入する場合は、たとえば平成29年1月1日の場合は、

年	月	日
29	01	01

のように記入してください。

【記入の方法】

1. ㉔は、被扶養者でない配偶者を有するときに記入してください。
2. ㉕は、個人番号を有する者に限り記入してください。
3. ㉖は、被保険者との続柄を「夫」、「妻」、「父」、「母」、「長男」、「長女」、「祖父」、「祖母」などと具体的に記入してください。
4. ㉗は、その実態がわかるように、「主婦」、「年金受給者」「小学生」、「年金受給者」、16歳以上の学生の場合は「高校〇年」等と記入してください。
5. ㉘収入については、非課税対象となる年金（障害・遺族）、失業給付、傷病手当金等を含みます。
6. ㉙は同居・別居の該当する数字を○で囲んでください。別居の場合は郵便番号及び住所を記入してください。
7. ㉚は、被保険者資格取得届と同時に提出する方については、㉖の「資格取得年月日」を記入し、その後に増えた方については、「出生年月日」、「婚姻年月日」などを記入してください。
8. ㉛は、㉜欄の理由が就職の場合は、「就職年月日」を、死亡の場合は、「死亡日の翌日」を記入してください。
また、後期高齢者医療の被保険者となることにより被扶養者でなくなる場合は、当該被保険者となった日を記入してください。
9. ㉝は、被扶養者になったときは、「出生」、「離職」など、被扶養者でなくなったときは、「就職」、「死亡」などの事実を、「後期高齢者該当」、「死亡」などの事実を具体的に記入してください。
なお、75歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となった場合は、「75歳到達」一定の障害をお持ちで広域連合の認定を受け、後期高齢者医療の被保険者となった場合は「障害認定」と記入してください。
10. ㉞は、氏名の変更（訂正）を行う場合は、変更（訂正）前の氏名を記入のうえ二重線で抹消し、その上段に変更（訂正）後の氏名を記入してください。
11. ㉟は、性別の変更を行う場合は、訂正後の性別を○で囲んでください。

【この届出書に添付して提出するもの】

1. 16歳以上の者（高校生の子を除く。）を被扶養者として届出る場合は、その者が被保険者によって生計を維持されていることを証明できる「被扶養者に関する証明書」、「非課税証明書」、「在学証明書」、「扶養関係現況書」など。この他に現況に応じて提出していただく場合があります。
 2. 被保険者の直系尊属、配偶者、子、孫及び兄弟姉妹以外の方を被扶養者として届出る場合は、その方が被保険者と同一世帯に属していることを証明できる「住民票（全世帯分・続柄省略なし）」など。
 3. 就職等により被扶養者でなくなったときや被扶養者の氏名等に変更があったときに届出る場合は、その方の「被保険者証」。
- ※やむを得ず当該被保険者証を添付できない場合は、「健康保険被保険者証回収不能届」、「健康保険被保険者証滅失届」を添付してください。