

健康保険被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	担当	担当

記号：ネクスジェ → 100
ASAP → 200
Ai → 500
番号：社員番号

・住所はマンション名まで記入
・届出内容について健保組合より確認が入る場合があるため、日中繋がる電話番号を必ず記入

健康保険被 記号	被保険者氏名（注1）	生年月日	住所
〇〇〇 - ****	健保 太郎	昭平 1 3 1	〒 〇〇〇 〇〇〇 県〇〇 〇〇〇 店
			日中繋がる 電話番号
			Tel 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇

※健保組合より連絡が入る場合があります。

異動の種類	被扶養者名	性別	生年月日	続柄 ※例（×子 ○長男○養女）	職業	収入の種類（注1） 年間収入（見込）額	異動年月日 被扶養者となった日 または 被扶養者でなくなった日	異動理由 （注2）	（健保記入欄） 認定日 削除日
追加 削除	（フリガナ）ケンポ ハナコ 健保 花子	男 女	昭平 2 6 1	妻	パート	給与 900,000 円	令和 2 4 1 資格確認書発行要否 （注3） ☐ 発行が必要	被保険者入社	令和 年 月 日
	個人番号（マイナンバー）	* * * * *	* * * * *	* * * * *	* * * * *	* * * * *	被保険者と同居・別居 している	認定・削除	令和 年 月 日
追加 削除	（フリガナ）ケンポ 一郎 健保 一郎	男 女	昭平 1 3 31	長男	無職	無し 0 円	令和 2 4 1 資格確認書発行要否 （注3） ☒ 発行が必要	被保険者入社	令和 年 月 日
	個人番号（マイナンバー）	* * * * *	* * * * *	* * * * *	* * * * *	* * * * *	被保険者と同居・別居 している	認定・削除	令和 年 月 日
追加 削除	（フリガナ） 個人番号（マイナンバー）	男 女							

「続柄」の記入例
配偶者：妻・夫
子：長男・次男・長女・次女等
親：実父・実母・義父・義母等

「収入の種類」の記入例
：給与・年金・事業所得・不動産所得・失業給付等具体的に記入
「年間収入（見込）額」の記入例
：異動年月日以降、1年間の収入見込を記入

「異動理由」の記入例
追加：被保険者入社・出生・結婚・失業給付受給終了・収入減等
削除：就職・離婚・死亡・失業給付受給開始・収入超過等

追加・削除申請する
ご家族の氏名・生年月日・個人番号・続柄等を記入
（※個人番号欄への記入は追加の際だけで構いません）

です。必要書類については当健保HPでご確認ください。
添付書類が必要です。
除のとき：就職、離婚、

資格確認書の発行が必要な場合※は、☐ 発行が必要 にチェックを入れてください。
※以下に該当する場合に限ります。
・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

事業所 所在地	〒 ー
事業所 名 称	
事業主 氏 名	

令和 年 月 日提出

受 付 印