

記入見本 パターン1(扶養申請)

常務理事	事務長		主任	担当者

健康保険被扶養者(異動)届

被 保 険 者 欄	被保険者記号	〇〇〇	被保険者番号	〇〇〇	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	〇	〇	〇	〇	〇	〇	
	氏名	(フリガナ) ケンコウ (氏) 健康	(名) タロウ 太郎	取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	年 収 500 円
	住民票住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇市〇〇〇 1-234											
	現住所	住民票と同じ <input checked="" type="checkbox"/> (住民票と同一の場合) <input type="checkbox"/>											

■被保険者の配偶者が当健保の被扶養者ではなく、お子様のみ加入される場合は、記入してください ■配偶者年収見込 円 ※夫婦共同該当の場合、夫婦双方の年収を比較します

被 扶 養 者 欄 1	氏名	(フリガナ) ケンコウ (氏) 健康	(名) ハナコ 花子	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	性別	1.男 2.女	2.女	
	住民票住所	被保険者と同一 <input checked="" type="checkbox"/> (被保険者ト同一の場合)		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
	現住所	1.同居 <input checked="" type="checkbox"/> 2.別居 <input type="checkbox"/> (別居の場合住所記入してください)		続柄	妻		職業		パート		年収		100 円			
	被扶養者になった日	9.令和 〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日		被扶養者から除かれた日	9.令和		年		月		日		理由 扶養範囲内の年収になったため			

被 扶 養 者 欄 2	氏名	(フリガナ)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和								性別	1.男 2.女		
	住民票住所	被保険者と同一 <input type="checkbox"/> (被保険者ト同一の場合)		個人番号												
	現住所	1.同居 <input type="checkbox"/> 2.別居 <input type="checkbox"/> (別居の場合住所記入してください)		続柄		職業			年収		円					
	被扶養者になった日	9.令和		被扶養者から除かれた日	9.令和		年		月		日		理由			

被 扶 養 者 欄 3	氏名	(フリガナ)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和								性別	1.男 2.女		
	住民票住所	被保険者と同一 <input type="checkbox"/> (被保険者ト同一の場合)		個人番号												
	現住所	1.同居 <input type="checkbox"/> 2.別居 <input type="checkbox"/> (別居の場合住所記入してください)		続柄		職業			年収		円					
	被扶養者になった日	9.令和		被扶養者から除かれた日	9.令和		年		月		日		理由			

【 事業主記載欄 】

- 本人押印・署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。
- 本人押印・署名の省略にあたり、記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。

受付日付印

<身分変更(同日得喪)による被扶養者異動の場合は、以下もを入れてください>

- 続柄及び居住状況が従前と変更のないことを確認しました。
※続柄及び居住状況が従前と変更のない場合は、住民票を省略することができます。
※従前と変更があった場合は、を入れずに住民票を提出してください。

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	()
電話番号	()

令和 年 月 日 提出

社会保険労務士記載欄

■個人番号が未記入の場合は、番号法第14条に基づき住民基本台帳ネットワーク(住基ネット)から当健保組合が直接収集する場合があります。

常務理事	事務長		主任	担当者

記入見本 パターン2(扶養申請)

健康保険被扶養者(異動)届

被保険者欄	被保険者記号	〇〇〇	被保険者番号	〇〇〇	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	〇	〇	〇	〇	〇	〇	
	氏名	(フリガナ) ケンコウ (氏) 健康	(名) タロウ 太郎	取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	年 収 500 円
	住民票住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇市〇〇〇 1-234											
	現住所	住民票と同じ <input checked="" type="checkbox"/> (住民票と同一の場合) <input type="checkbox"/>											

■被保険者の配偶者が当健保の被扶養者ではなく、お子様のみ加入される場合は、記入してください ■配偶者年収見込 200 円 ※夫婦共同該当の場合、夫婦双方の年収を比較します

被扶養者欄1	氏名	(フリガナ) ケンコウ (氏) 健康	(名) リョウコ 涼子	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	性別	1.男 2.女	2.女		
	住民票住所	被保険者と同一 <input checked="" type="checkbox"/> (被保険者ト同一の場合)		個人番号	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	
	現住所	1.同居 <input checked="" type="checkbox"/> 2.別居 <input type="checkbox"/> (別居の場合住所記入してください)		続柄	長女		職業	無職		年収	0万 円						
	被扶養者になった日	9.令和	〇	〇	〇	〇	〇	〇	被扶養者から除かれた日	9.令和							理由

被扶養者欄2	氏名	(フリガナ)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和								性別	1.男 2.女			
	住民票住所	被保険者と同一 <input type="checkbox"/> (被保険者ト同一の場合)		個人番号													
	現住所	1.同居 <input type="checkbox"/> 2.別居 <input type="checkbox"/> (別居の場合住所記入してください)		続柄		職業		年収									
	被扶養者になった日	9.令和							被扶養者から除かれた日	9.令和							理由

被扶養者欄3	氏名	(フリガナ)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和								性別	1.男 2.女			
	住民票住所	被保険者と同一 <input type="checkbox"/> (被保険者ト同一の場合)		個人番号													
	現住所	1.同居 <input type="checkbox"/> 2.別居 <input type="checkbox"/> (別居の場合住所記入してください)		続柄		職業		年収									
	被扶養者になった日	9.令和							被扶養者から除かれた日	9.令和							理由

【事業主記載欄】
 本人押印・署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。
 本人押印・署名の省略にあたり、記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。

受付日付印

<身分変更(同日得喪)による被扶養者異動の場合は、以下もを入れてください>
 続柄及び居住状況が従前と変更のないことを確認しました。
 ※続柄及び居住状況が従前と変更のない場合は、住民票を省略することができます。
 ※従前と変更があった場合は、を入れずに住民票を提出してください。

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()

令和 年 月 日 提出

社会保険労務士記載欄

常務理事	事務長		主任	担当者

記入見本 パターン3(扶養申請)

健康保険被扶養者(異動)届

被保険者欄	被保険者記号	〇〇〇	被保険者番号	〇〇〇	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	〇	〇	〇	〇	〇	〇	
	氏名	(フリガナ) ケンコウ (氏) 健康	(名) タロウ 太郎	取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	年 収 500 円
	住民票住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇市〇〇〇 1-234											
	現住所	住民票と同じ <input type="checkbox"/> (住民票と同一の場合 <input checked="" type="checkbox"/> 〒 〇〇〇 - 〇〇〇 岩手県〇〇〇市〇〇 2222											
備考 単身赴任のため現住所別													
■被保険者の配偶者が当健保の被扶養者ではなく、お子様のみ加入される場合は、記入してください ■配偶者年収見込 200 円 ※夫婦共同該当の場合、夫婦双方の年収を比較します													

被扶養者欄1	氏名	(フリガナ) ケンコウ (氏) 健康	(名) ヤスミ 保美	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	〇	〇	〇	〇	〇	〇	性別	1.男 2.女
	住民票住所	被保険者と同一 <input checked="" type="checkbox"/> (被保険者ト同一の場合 <input type="checkbox"/>											
	現住所	1.同居 <input type="checkbox"/> 2.別居 <input checked="" type="checkbox"/> (別居の場合住所記入してください) 東京都〇〇市〇〇〇 1-234											
	被扶養者になった日	9.令和	〇	〇	〇	〇	〇	被扶養者から除かれた日	9.令和				
続柄 二女 職業 無職 年収 0万 円													

被扶養者欄2	氏名	(フリガナ)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和							性別	1.男 2.女
	住民票住所	被保険者と同一 <input type="checkbox"/> (被保険者ト同一の場合 <input type="checkbox"/>											
	現住所	1.同居 <input type="checkbox"/> 2.別居 <input type="checkbox"/> (別居の場合住所記入してください)											
	被扶養者になった日	9.令和						被扶養者から除かれた日	9.令和				
理由													
続柄 職業 年収 円													

被扶養者欄3	氏名	(フリガナ)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和							性別	1.男 2.女
	住民票住所	被保険者と同一 <input type="checkbox"/> (被保険者ト同一の場合 <input type="checkbox"/>											
	現住所	1.同居 <input type="checkbox"/> 2.別居 <input type="checkbox"/> (別居の場合住所記入してください)											
	被扶養者になった日	9.令和						被扶養者から除かれた日	9.令和				
理由													
続柄 職業 年収 円													

【事業主記載欄】

- 本人押印・署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。
- 本人押印・署名の省略にあたり、記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。

受付日付印

<身分変更(同日得喪)による被扶養者異動の場合は、以下もを入れてください>

- 続柄及び居住状況が従前と変更のないことを確認しました。
- ※続柄及び居住状況が従前と変更のない場合は、住民票を省略することができます。
- ※従前と変更があった場合は、を入れずに住民票を提出してください。

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	()
電話番号	()

令和 年 月 日 提出

社会保険労務士記載欄

■個人番号が未記入の場合は、番号法第14条に基づき住民基本台帳ネットワーク(住基ネット)から当健保組合が直接収集する場合があります。

常務理事	事務長		主任	担当者

記入見本 パターン4(扶養削除)

健康保険被扶養者(異動)届

被 保 険 者 欄	被保険者記号	〇〇〇	被保険者番号	〇〇〇	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	〇	〇	〇	〇	〇	〇	
	氏名	(フリガナ) ケンコウ (氏) 健康	(名) タロウ 太郎	取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	年 収 500 円
	住民票住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇市〇〇〇 1-234											
	現住所	住民票と同じ <input checked="" type="checkbox"/> (住民票と同一の場合) <input type="checkbox"/>											

■被保険者の配偶者が当健保の被扶養者ではなく、お子様のみ加入される場合は、記入してください
 ■配偶者年収見込 円 ※夫婦共同該当の場合、夫婦双方の年収を比較します

被 扶 養 者 欄 1	氏名	(フリガナ) ケンコウ (氏) 健康	(名) ハナコ 花子	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	性別	1.男 2.女						
	住民票住所	被保険者と同一 <input checked="" type="checkbox"/> (被保険者ト同一の場合)																		
	現住所	1.同居 <input checked="" type="checkbox"/> 2.別居 <input type="checkbox"/> (別居の場合住所記入してください)																		
	被扶養者になった日	9.令和	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	被扶養者から除かれた日	9.令和	〇	〇	〇	〇	〇	理由

被 扶 養 者 欄 2	氏名	(フリガナ)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和								性別	1.男 2.女					
	住民票住所	被保険者と同一 <input type="checkbox"/> (被保険者ト同一の場合)																	
	現住所	1.同居 <input type="checkbox"/> 2.別居 <input type="checkbox"/> (別居の場合住所記入してください)																	
	被扶養者になった日	9.令和											被扶養者から除かれた日	9.令和					

被 扶 養 者 欄 3	氏名	(フリガナ)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和								性別	1.男 2.女				
	住民票住所	被保険者と同一 <input type="checkbox"/> (被保険者ト同一の場合)																
	現住所	1.同居 <input type="checkbox"/> 2.別居 <input type="checkbox"/> (別居の場合住所記入してください)																
	被扶養者になった日	9.令和											被扶養者から除かれた日	9.令和				

【 事業主記載欄 】

- 本人押印・署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。
- 本人押印・署名の省略にあたり、記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。

受付日付印

<身分変更(同日得喪)による被扶養者異動の場合は、以下もを入れてください>

- 続柄及び居住状況が従前と変更のないことを確認しました。
- ※続柄及び居住状況が従前と変更のない場合は、住民票を省略することができます。
- ※従前と変更があった場合は、を入れずに住民票を提出してください。

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	()
電話番号	()

令和 年 月 日 提出

社会保険労務士記載欄

■個人番号が未記入の場合は、番号法第14条に基づき住民基本台帳ネットワーク(住基ネット)から当健保組合が直接収集する場合があります。