

健康保険被扶養者届(異動届)

資格情報のお知らせ等から転記

記入例

提出経路：被保険者⇒人事部⇒健保組合

記号・番号	
記号	番号
×	×××××

1.被保険者について

人事部経由で提出してください。

氏名	性別	生年月日	事業所名	××
フリガナ ケンコウ タモツ				××
健康保				××
社員番号 (××××				×× / 内線 XXX-XXXX
資格取得年月日(昭・平・令和 ××		×× 月 ×× 日		

被扶養者追加の場合は、「生計状況書」各種証明書(「健康保険の被扶養者になれる人」を参照)を添付してください。

続柄は詳細を記入してください。例) 長男、長女、二男、二女、養子、父母、養父母、義父母、兄弟姉妹、祖父母、曾祖父母、孫等

2.被扶養者となる者について

氏名	性別	生年月日	続柄	無職	同・別	入社年月日	理由
フリガナ ケンコウ ケンイチ	男	昭和・平成・令和 ××××××	長男	無職	同	令和 ××××××	1.出生 4.収入減 2.婚姻 5.離職 3.入社() 6.その他()
健康 険一	女	年 月 日				年 月 日	
個人番号 ×××××-×××××-×××××			資格確認書発行要否	<input checked="" type="checkbox"/> 必要	理由	ア	
フリガナ 甲		昭和・平成・令和				令和	1.出生 4.収入減 2.婚姻 5.離職 3.入社 6.その他
		年 月 日				年 月 日	
個人番号			資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 必要	理由	()	
フリガナ	男	昭和・平成・令和				令和	1.出生 4.収入減 2.婚姻 5.離職 3.入社 6.その他
	女	年 月 日				年 月 日	
個人番号			資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 必要	理由	()	
フリガナ	男	昭和・平成・令和				令和	1.出生 4.収入減 2.婚姻 5.離職 3.入社 6.その他
	女	年 月 日				年 月 日	
個人番号			資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 必要	理由	()	

新たに被扶養者を追加する場合、
・住民票記載のマイナンバー(個人番号)を転記
・マイナンバーを確認する資料を添付してください

必要な場合は、□にレを付け、理由を欄外のア)~ウ)から選択のうえ記入

3.被扶養者から除く者について

氏名	性別	生年月日	続柄	被扶養者でなくなった日	理由
フリガナ	男	昭和・平成・令和		令和	1.就職 4.失業給付 2.離婚 受給 3.収入増 5.その他
	女	年 月 日		年 月 日	()
フリガナ	男	昭和・平成・令和		令和	1.就職 4.失業給付 2.離婚 受給 3.収入増 5.その他
	女	年 月 日		年 月 日	()

※資格確認書の発行が必要な場合は、資格確認書発行要否欄にチェックしてください。

なお、以下に該当する者に限ります。

- ア)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
- イ)マイナンバーカードを所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
- ウ)マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

受付日付印

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話	() 番

＜健保使用欄＞		
常務理事	事務長	担当者