

健康保険 被扶養者（異動）届

令和 年 月 日提出

事業主記入欄	事業所所在地	〒 - -			
	事業所名称 事業主氏名 連絡先	TEL - -			

常務理事	事務長	課長	係長	係員

社会保険労務士の提出代行者記入欄				
TEL - -				

被保険者記入欄	被保険者証の記号と番号		氏名（フリガナ）		性別	生年月日			
	記号	番号	氏	名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
	資格取得年月日		標準報酬月額		被保険者の住所（郵便番号及び都道府県からご記入ください）				
<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	千円	〒 - - TEL - -				

（※印欄は記入しないでください）

被扶養者1	①異動の別		②氏名（フリガナ）		③性別	④生年月日				⑤続柄
	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	氏	名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	※	
	⑥個人番号（マイナンバー）※削除の場合は不要			⑦被扶養者の住所（別居の場合のみご記入ください）			⑧職業及び月平均収入額			
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 → TEL	〒 - -			職業	収入 円	
	⑨追加または削除の理由		⑩被扶養者になった日	※認定年月日		⑪被扶養者から除かれた日		※削除年月日		
		令和 年 月 日	令和 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日			

被扶養者2	①異動の別		②氏名（フリガナ）		③性別	④生年月日				⑤続柄
	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	氏	名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	※	
	⑥個人番号（マイナンバー）※削除の場合は不要			⑦被扶養者の住所（別居の場合のみご記入ください）			⑧職業及び月平均収入額			
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 → TEL	〒 - -			職業	収入 円	
	⑨追加または削除の理由		⑩被扶養者になった日	※認定年月日		⑪被扶養者から除かれた日		※削除年月日		
		令和 年 月 日	令和 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日			

被扶養者3	①異動の別		②氏名（フリガナ）		③性別	④生年月日				⑤続柄
	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	氏	名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	※	
	⑥個人番号（マイナンバー）※削除の場合は不要			⑦被扶養者の住所（別居の場合のみご記入ください）			⑧職業及び月平均収入額			
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 → TEL	〒 - -			職業	収入 円	
	⑨追加または削除の理由		⑩被扶養者になった日	※認定年月日		⑪被扶養者から除かれた日		※削除年月日		
		令和 年 月 日	令和 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日			

※60歳未満の配偶者については別紙「国民年金第3号被保険者」の届出が必要です。

受 付 印

この届書は、「被扶養者になった場合」、「被扶養者でなくなった場合」にご提出いただくものです。
配偶者様で20歳～59歳に該当する方は、「国民年金第3号被保険者関係届」が別途必要となります。

記入方法

【被保険者記入欄】 ※ 「取得届」と同時に提出する場合の被保険者情報は「取得届」に準じてご記入ください。

被保険者証の
記号と番号 : 健康保険で使用している保険証の記号-番号です。
「記号」は1桁～3桁の数字で、「番号」は1桁～6桁の数字になります。

氏名(フリガナ)
性別
生年月日
資格取得年月日 } : 被保険者様の保険証に記載されているものと同じでご記入ください。
※ 生年月日は、該当する年号を選択して、年月日は次の例をご参照ください。

例

年	月	日
06	05	03

標準報酬月額 : 現在の健康保険の「標準報酬月額」をご記入ください。
被保険者の住所 : 最新の住所をご記入ください。なお、TEL(電話番号)は、ご本人と直接お話しすることから
携帯番号を優先でご記入ください。

【被扶養者1.2.3】 ※健康保険の被扶養者は、主としてその被保険者により生計を維持されていることが必須です。

①異動の別 : 該当者を被扶養者としていたときは「追加」を、外したいときには「削除」を選択してください。
「削除」の場合は、以下②③④⑤は、保険証の記載と同じにご記入ください。

②氏名(フリガナ) : 住民票に登録されているものと同じ氏名をご記入ください。
「フリガナ」はカタカナで正確にご記入ください。
なお、登録可能な文字数は、「氏名」「フリガナ」共に15文字までとなります。

③性別 : 戸籍に登録されているものと同じ性別を選択してください。
性別の表記に疑義がある場合は、「申出書」が別途必要となります。

④生年月日 : 該当する年号を選択して、年月日は次の例をご参照ください。

例

年	月	日
06	05	03

⑤続柄 : 被保険者との続柄をご記入ください。
確認できない場合は『戸籍謄本コピー』等が必要になります。
内縁の妻(夫)の場合は、両人の『戸籍謄本のコピー』が別途必要になります。
※印欄は、記入しないでください。

⑥個人番号 : 本人確認を行ったうえで、個人番号をご記入ください。
削除の場合は記入不要です。

⑦被扶養者の住所 : 被保険者様と世帯が同じ場合は「同居」を、別世帯の場合は「別居」を選択してください。
同居している場合の住所は記入不要ですが、TEL(電話番号)は、該当者と直接連絡することから
携帯番号をご記入ください。別居の場合は、送金事実の確認できる証明書類のコピーを添付してください。

⑧職業及び月平均収入額 : 「職業」は、無職・パート・年金受給者・学生・等をご記入ください。義務教育でない学生は『在学証明書(生徒手帳のコピー)』が必要です。
「収入」は現在の月平均収入、若しくは年間の見込みから月平均した額をご記入ください。
また、その金額の根拠となる証明書類のコピーを添付してください。

⑨追加または削除の理由 : 「取得時・出生・婚姻・同居・離職・収入減・75歳到達」または、「就職・別居・離婚・収入増・国保加入・死亡」の理由をご記入ください。

⑩被扶養者になった日 : 扶養になった年月日をご記入ください。認定日は、原則、受付日になります。
「取得時、出生、及び第3号の配偶者」は、その事実の日付まで遡り認定ができます。
この場合、遡る日付の根拠となる書類を添付してください。
〔※認定年月日〕 ※印欄は、記入しないでください。

⑪被扶養者から除かれた日 : 扶養から除かれた年月日をご記入ください。
この場合、除かれた日の根拠となる書類を添付してください。
〔※削除年月日〕 ※印欄は、記入しないでください。