

届書コード	処理区分	届書
2 0 2		

常務理事	事務長	主任	担当者

正

健康保険被扶養者（異動）届

正・副とも必ず捺印してください。

◎記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。
 ◎「※」印欄は記入しないでください。
 ◎被扶養者の個人番号は、事業所へ申請してください。

①健康保険被保険者証の記号	②健康保険被保険者証の番号	⑦被保険者の氏名	③生年月日	①性別	④異動の別	⑤資格取得年月日	⑥標準報酬月額
〇〇〇	×123	(氏) 健保 (名) 太郎	昭5 年 月 日 平7 5 0 0 1 2 1	男1 女2	追加1 削除2(変更)	平成 年 月 日 2 8 0 4 0 1	千円 3 4 0
⑧被保険者の住所		〒247-0072 神奈川県鎌倉市岡本2-13-18		⑨備考			

※⑤被扶養者番号	⑥被扶養者の氏名	⑦生年月日	⑧性別	⑨続柄	⑩被扶養者の職業	⑪被扶養者の収入	⑫被扶養者になった日	⑬被扶養者でなくなった日	⑭被扶養者になった理由又は除かれた理由	⑮被扶養者の住所	⑯備考
	(氏) 健保 (名) 花子 (フリガナ) ケンポ ハナコ	昭5 年 月 日 平7 5 1 0 1 1 9	男1 女2	妻	パート	80万円	平成 年 月 日 2 8 0 4 0 1	平成 年 月 日	入社に伴う	同居	
	(氏) 健保 (名) 一郎 (フリガナ) ケンポ イチロウ	昭5 年 月 日 平7 1 4 0 5 3 0	男1 女2	長男	中学2年生	無し	平成 年 月 日 2 8 0 4 0 1	平成 年 月 日	入社に伴う	同居	
	(氏) 健保 (名) 翔子 (フリガナ) ケンポ ショウコ	昭5 年 月 日 平7 2 0 1 1 0 7	男1 女2	長女	小学2年生	無し	平成 年 月 日 2 8 0 4 0 1	平成 年 月 日	入社に伴う	同居	
	(氏) (名)	昭5 年 月 日 平7	男1 女2				平成 年 月 日	平成 年 月 日			

上記のとおり被保険者から被扶養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	この欄は、事業所が証明するので記入不要です。
事業主名	
電話	
(局) 番	

平成 28 年 4 月 1 日 提出

受付日付印

社労士 記載欄	印	会員 番号			
------------	---	----------	--	--	--

健康保険被扶養者（異動）届

正・副とも必ず捺印してください。

副

この内容について不明な点は、当健康保険組合までお問い合わせください。また、この処分の取消の訴えは、処分の通知を受けた日の翌日から起算して6ヶ月以内、この処分の取消の訴えは、その審査請求に対する裁決（異議申立てに対する決定）の送達を受けた日の翌日から起算して6ヶ月以内を提起しなさい。また、この処分の取消の訴えは、その審査請求に対する裁決（異議申立てに対する決定）の送達を受けた日の翌日から起算して6ヶ月以内を提起しなさい。

①健康保険被保険者証の記号 ※ 〇〇〇	②健康保険被保険者証の番号 ×123	③被保険者の氏名 (氏) 健保 (名) 太郎		④生年月日 昭5 年 月 日 平7 5 0 0 1 2 1	⑤性別 男1 女2	⑥異動の別 追加1 削除2 (変更)	⑦資格取得年月日 平成 年 月 日 2 8 0 4 0 1	⑧標準報酬月額 千円 3 4 0	送信
⑨被保険者の住所 〒247-0072 神奈川県鎌倉市岡本2-13-18		⑩備考							

※⑤被扶養者番号	⑥被扶養者の氏名 (氏) (名)	⑦生年月日 昭5 年 月 日 平7	⑧性別 男1 女2	⑨続柄	⑩被扶養者の職業	⑪被扶養者の収入	⑫被扶養者になった日 平成 年 月 日	⑬被扶養者でなくなった日 平成 年 月 日	⑭被扶養者になった理由又は除かれた理由	⑮被扶養者の住所	⑯備考
	健保 花子 (フリガナ) ケンポ ハナコ	昭5 年 月 日 平7 5 1 0 1 1 9	男1 女2	妻	パート	80万円	平成 年 月 日 2 8 0 4 0 1	平成 年 月 日	入社に伴う	同居	
	健保 一郎 (フリガナ) ケンポ イチロウ	昭5 年 月 日 平7 1 4 0 5 3 0	男1 女2	長男	中学2年生	無し	平成 年 月 日 2 8 0 4 0 1	平成 年 月 日	入社に伴う	同居	
	健保 翔子 (フリガナ) ケンポ ショウコ	昭5 年 月 日 平7 2 0 1 1 0 7	男1 女2	長女	小学2年生	無し	平成 年 月 日 2 8 0 4 0 1	平成 年 月 日	入社に伴う	同居	
	健保 (フリガナ)	昭5 年 月 日 平7	男1 女2				平成 年 月 日	平成 年 月 日			

平成 年 月 日 提出

受付日付印

事業所所在地
事業所名称
事業主名
電話

この欄は、事業所が記入するので記入不要です。

【記入の方法】

明1	年	月	日
大3			
昭5	5	0	0
平7	4	0	3

- ③及び⑦の年号は、該当する文字を○印で囲むこと。生年月日は、たとえば、昭和50年4月3日生れの場合は、「**昭5** 5 0 0 4 0 3」のように記入すること。
- ④は、被扶養者が増えたときは「追加1」を、減ったとき又は被扶養者の氏名等に変更があったときは「削除(変更)2」を○印で囲み、新たに被扶養者が生じたときは記入しないこと。
- ⑦、⑩及び⑪の年月日は、たとえば、平成28年4月1日の場合は、「**平成** 月 日
28 | **04** | **01**」のように記入すること。
- ⑧及び⑧は、該当する文字を○印で囲むこと。
- ⑨は、被保険者との続柄を、「夫」、「妻」、「父」、「母」、「長男」、「長女」、「祖父」、「祖母」などと詳しく記入すること。
- ⑫は、「職業」の文字にこだわらず、「小学校6年」、「高校2年」、「年金収入」などと、その実態がわかるように記入すること。
- ⑩は、被保険者になると同時に被扶養者になる者については、「被保険者資格取得年月日」を記入し、その後に増えた者については、「出生年月日」、「婚姻年月日」などを記入すること。
- ⑬は、被扶養者が増えたときは、「出生」、「婚姻」、及び「失業」など、減ったときは、「就職」、「離婚」及び「死亡」などの事実を具体的に記入すること。
- ⑭は、被保険者と同居しているときは、「同居」と記入すること。
- ⑮は、被扶養者が被保険者の直系尊属、配偶者、子、弟妹以外の場合は、同一世帯に属した年月日を記入すること。

また、高校生（昼間部）の場合は、学校名を記入すること。