常務理事	事務長	課　長	係　長	扱　者

正

健康保険被扶養者（異動）届

①健康保険被保険者記号	②健康保険被保険者番号	③被保険者の氏名		④生年月日	⑤性別	⑥異動の別	⑦資格取得年月日	⑧標準報酬月額
		(氏)	(名)	昭5 平7 年 月 日	男 1 ・ 女 2	追加 1 ・ 削除 2 (変更)	昭・平・令 年 月 日	千円

⑨被保険者の住所			⑩備考
住民票住所	〒 －		□ 続柄確認済
居住所	〒 －		

⑭「※」印欄は記入しないでください。

⑪被扶養者の氏名	⑫生年月日	⑬性別	⑭続柄	⑮被扶養者の職業	⑯被扶養者の収入	⑰異動の日	⑱異動理由	⑲被扶養者の住所（別居：住民票住所を記入）住民票を異動していない場合は居住所も記入してください。	⑳資格確認書発行要否発行理由
(フリガナ) (氏) (名)	昭5 平7 令9 年 月 日	男 1 ・ 女 2	※			追加 削除 令和 年 月 日		同居 ・ 別居 (住民票住所) (居住所)	□ 発行が必要 【発行理由】 A・B・C・D・E 記入方法11を参照し該当の項目に○をする
㉑ 個人番号									
(フリガナ) (氏) (名)	昭5 平7 令9 年 月 日	男 1 ・ 女 2	※			追加 削除 令和 年 月 日		同居 ・ 別居 (住民票住所) (居住所)	□ 発行が必要 【発行理由】 A・B・C・D・E 記入方法11を参照し該当の項目に○をする
㉑ 個人番号									
(フリガナ) (氏) (名)	昭5 平7 令9 年 月 日	男 1 ・ 女 2	※			追加 削除 令和 年 月 日		同居 ・ 別居 (住民票住所) (居住所)	□ 発行が必要 【発行理由】 A・B・C・D・E 記入方法11を参照し該当の項目に○をする
㉑ 個人番号									
(フリガナ) (氏) (名)	昭5 平7 令9 年 月 日	男 1 ・ 女 2	※			追加 削除 令和 年 月 日		同居 ・ 別居 (住民票住所) (居住所)	□ 発行が必要 【発行理由】 A・B・C・D・E 記入方法11を参照し該当の項目に○をする
㉑ 個人番号									

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	
事業主氏名	
電話	( )

年　月　日提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者

副

健康保険被扶養者（異動）届

①健康保険被保険者記号	②健康保険被保険者番号	③被保険者の氏名	④生年月日	⑤性別	⑥異動の別	⑦資格取得年月日	⑧標準報酬月額
		(氏)　(名)	昭5 平7　年　月　日	男 1 ・ 女 2	追加 1 ・ 削除 2 (変更)	昭・平・令　年　月　日	千円

⑨被保険者の住所			⑩備考	
	住民票住所	〒　－		
	居住所	〒　－		

⑭「※」印欄は記入しないでください。

⑪被扶養者の氏名	⑫生年月日	⑬性別	⑭続柄	⑮被扶養者の職業	⑯被扶養者の収入	⑰異動の日	⑱異動理由	⑲被扶養者の住所（別居：住民票住所を記入）住民票を異動していない場合は居住所も記入してください。	⑳資格確認書発行要否発行理由
(フリガナ) (氏)　(名)	昭5 平7 令9　年　月　日	男 1 ・ 女 2	※			追加 削除　平成 令和　年　月　日		同居 ・ 別居 (住民票住所) (居住所)	
(フリガナ) (氏)　(名)	昭5 平7 令9　年　月　日	男 1 ・ 女 2	※			追加 削除　平成 令和　年　月　日		同居 ・ 別居 (住民票住所) (居住所)	
(フリガナ) (氏)　(名)	昭5 平7 令9　年　月　日	男 1 ・ 女 2	※			追加 削除　平成 令和　年　月　日		同居 ・ 別居 (住民票住所) (居住所)	
(フリガナ) (氏)　(名)	昭5 平7 令9　年　月　日	男 1 ・ 女 2	※			追加 削除　平成 令和　年　月　日		同居 ・ 別居 (住民票住所) (居住所)	

年　月　日提出

受付日付印

事業所所在地	〒　－
事業所名称	
事業主氏名	
電話	(　　)

この処分に不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に文書又は口頭で社会保険審査官（地方厚生（支）局内）に対して審査請求をすることができます。また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。
再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して２か月以内に文書又は口頭で社会保険審査会（厚生労働省内）に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から６か月以内（再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から６か月以内）に、健康保険組合を被告として提起することができます。（ただし、原則として、決定又は裁決の日から１年を経過したときは、提起することができなくなります。）
なお、審査請求があった日から２か月を経過しても決定がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。

【記入の方法】

1. ④及び⑫の年号は、該当する文字を〇印で囲むこと「昭5 平7 年 月 日 3 8 0 2 0 7」のように記入すること。

2. ⑥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」を〇印で囲み、新たに被扶養者が生じたときは記入しないこと。

3. 「平成 令和 年 月 日 0 8 0 4 0 1」のように記入すること。

4. ⑤及び⑬は、該当する文字を〇印で囲むこと。

5. ⑩は、事業所が公的書類等で続柄を確認している場合「続柄確認済」にチェックをすること。

6. ⑭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。

7. ⑮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。

8. ⑰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。
また、被扶養者でなくなった者については、その削除理由に伴う日付を記入すること。

9. ⑱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。

10. ⑲は、被保険者と同居しているときは「同居」に、別居しているときは「別居」に〇をし、住民票住所（住民票を異動していないときは居住所）を記入すること。（同居は「同上」で可。）

11. ⑳は、資格確認証の交付が必要な場合チェックを入れ、該当する項目を〇印で囲むこと。
A. 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
B. 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
C. マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者
D. マイナンバーカードを紛失または更新中の者
E. マイナ保険証での受診が困難で、資格確認には介助者等の補助が必要な者

【この届書に添付して提出するもの】＊詳細は当組合ホームページ「家族の加入について」を参照、または組合へ問い合わせてください。

1. 16歳以上の者を被扶養者として届出る場合は、その者が被保険者によって生計を維持されていることを証明できる「無職証明書」、「在学証明書」など。

2. 被保険者の直系尊属、配偶者、子、孫および弟妹以外の者を被扶養者として届出る場合は、その者が被保険者と同一世帯に属していることを証明できる住民票など。

3. 会社等を退職した者を被扶養者として届出る場合は、退職辞令、離職証明書の写など。

常務理事	事務長	課　長	係　長	扱　者

正

健康保険被扶養者（異動）届

①健康保険被保険者記号	②健康保険被保険者番号	③被保険者の氏名		④生年月日	⑤性別	⑥異
10	10	(氏) 健保	(名) 太郎	昭5 年 月 日	男 1・女 2	削除 (変更) 平 2 0 1 5 5 0
⑨被保険者の住所	住民票住所	〒 330 － 9713	埼玉県さいたま市中央区〇〇-〇-〇			
	居住所	〒 220 － 0004	神奈川県横浜市西区北幸〇-〇-〇			☑ 続柄確認済

住民票等で続柄を確認している場合は「続柄確認済」にチェック（姓が同一の妻・子・実父母に限る）

住民票住所に居住していない場合は居住所を記入

⑭「※」印欄は記入しないでください。

⑪被扶養者の氏名	⑫生年月日	⑬性別	⑭続柄	⑮被扶養者の職業	⑯被扶養者の収入	⑰	⑱異動理由	⑲被扶養者の住所（別居：住民票住所を記入）住民票を異動していない場合は居住所も記入してください。	⑳資格確認書発行要否発行理由
(フリガナ) ｹﾝﾎﾟ ハナコ (氏) 健保 (名) 花子	昭5 平7 令9 〇〇〇〇〇〇	男 1・女 2	妻 ※	主婦	0	追加 削除 平成 令和 0 5 1 2 0 1	新規	同居・別居	☑ 発行が必要 【発行理由】 A B・C・D・E 記入方法11を参照し該当の項目に〇をする
⑳ 個人番号	1 2 3 4 5								
(フリガナ) ｹﾝﾎﾟ ｼﾞﾛｳ (氏) 健保 (名) 治郎	昭5 平7 令9 〇〇〇				0	追加 削除 平成 令和 0 5 1 2 0 1	新規	同居・別居 (住民票住所) 埼玉県さいたま市中央区〇〇-〇-〇 (居住所) 新潟県新潟市〇-〇-〇	□ 発行が必要 【発行理由】 A B・C・D・E 記入方法11を参照し該当の項目に〇をする
⑳ 個人番号	3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4								
(フリガナ) (氏) (名)	年 月 日	男 1・女 2	※			追加 令和 年 月			必要
⑳ 個人番号									
(フリガナ) (氏) (名)	昭5 平7 令9 年 月 日	男 1・女 2	※						
⑳ 個人番号									

同居の場合は住所不要

住民票を異動していない場合は居住所を記入

被扶養者となる場合は「追加」
被扶養者でなくなった場合は「削除」
に〇をし、根拠となる日付を記入

マイナンバーを記載
（後日になる場合は住民票を添付）

記入方法の8.を参考に手続きに伴う理由を記載
例）
被保険者の入社に伴う扶養認定は「新規」
退職による扶養認定は「退職」
など（記入方法9　参照）

以下の理由により、資格確認書の交付が必要な時はチェックし、該当理由に〇をする
A.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
B.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
C.マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者
D.マイナンバーカードを紛失または更新中の者
E.マイナ保険証での受診が困難で、資格確認には介助者等の補助が必要な者

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。　年　月　日

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	提出代行者
電話	

交付された資格確認書（有効期限内のもの）は、マイナ保険証の利用を開始した、または扶養削除となった場合は回収が必要な場合があります。**交付要否の管理は必ず行ってください。**

常務理事	事務長	課　長	係　長	扱　者

正

健康保険被扶養者（異動）届

①健康保険被保険者記号	②健康保険被保険者番号	③被保険者の氏名	④生年月日	⑤性別	⑥異動の別	⑦資格取得年月日	⑧標準報酬月額
999		(氏) 健保　(名) 太郎	昭5 平7 年 月 日 ○○○○○○	男 1 ・ 女 2	追加 1 ・ 削除 2 (変更)	昭・平・令 年 月 日 0 5 1 2 0 1	千円 3 6 0

⑨被保険者の住所			
住民票住所	〒 330 － 9713	埼玉県さいたま市中央区○○-○-○	
居住所	〒 220 － 0004	神奈川県横浜市西区北幸○-○-○	□ 続柄確認済

住民票住所に居住していない場合は居住所を記入

⑭「※」印欄は記入しないでください。

⑪被扶養者の氏名	⑫生年月日	⑬性別	⑭続柄	⑮被扶養者の職業	⑯被扶養者の収入	⑰異動	動由	⑲被扶養者の住所（別居：住民票住所を記入）住民票を異動していない場合は居住所も記入してください。	⑳資格確認書発行要否発行理由
(フリガナ) ｹﾝﾎﾟ ハナコ (氏) 健保 (名) 花子	昭5 平7 令9 年 月 日 ○○○○○○	男 1 ・ 女 2	妻 ※	主婦	0	追加 削除 平成 令和 年 0 5 1 2 0 1	任意継続取得時	同居 ・ 別居 (住民票住所) 埼玉県さいたま市中央区○○-○-○ (居住所) 新潟県新潟市○-○-○	☑ 発行が必要 【発行理由】 A・B・C・D・E 記入方法11を参照し 該当項目に○をする
⑳ 個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2								
(フリガナ) ｹﾝﾎﾟ ｼﾞﾛｳ (氏) 健保 (名) 治郎	昭5 平7 令9 年 月 日 ○○○○○○	男 1 ・ 女 2	長男 ※	学生	0	追加 削除 平成 令和 年 月 日 0 5 1 2 0 1	任意継続取得時	同居 ・ 別居 (住民票住所) (居住所)	発行が必要 【発行理由】 A・B・C・D・E
⑳ 個人番号	3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4								
(フリガナ) (氏) (名)	年 月								
⑳ 個人番号									
(フリガナ) (氏) (名)	昭5 平7 令9 年 月								
⑳ 個人番号									

住民票を異動していない場合は居住所を記入

同居の場合は住所不要

マイナンバーを記載

＊添付書類をご用意ください＊	
被扶養者に収入がある	直近3ヶ月分の給与明細のコピー 年金の支払通知書 確定申告の書類（収支内訳書、青色申告決算書） 傷病手当金・失業給付の明細 その他収入の確認できるもの
被扶養者に収入がない	非課税証明書（最寄りの区役所・市民税課で取れます）
被扶養者が学生である	高校生以上は学生証のコピー
別居をしている	現況届、及び送金証明（進学による別居の場合は不要）
＊その他、ご不明な場合はお問い合わせください。	

資格確認書の交付が必要な時はチェックし、該当理由に○をする

A.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

B.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

C.マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

D.マイナンバーカードを紛失または更新中の者

E.マイナ保険証での受診が困難で、資格確認には介助者等の補助が必要な者

上記のとおり被保険者から被扶養者の届出 月

事業所所在地	〒 ○○ － ○○
事業所名称	神奈川県横浜市西区北幸○－○－
事業主氏名	健保　太郎
電話	045 （ 000 ） 0123

事業主記入欄ですが
被保険者様の氏名・住所・電話番号等を記入してください。