

正

健康保険被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	課長	係長	扱者

①健康保険被 険者証の記号	②健康保険被 険者証の番号	③ 被 保 険 者 の 氏 名 (氏) (名)		④ 生 年 月 日 昭5 年 月 日 平7	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 昭・平・令 年 月 日	⑧ 標準報酬月額 千円
⑨被保険者の住所 住民票住所 〒 - 居所 〒 -				⑩備 考				

⑩「※」印欄は記入しないでください。

⑪ 被扶養者の氏名 (フリガナ) (氏) (名)	⑫ 生年月日 昭5 年 月 日 平7 令9	⑬ 性別 男 1 ・ 女 2	⑭ 続柄 ※	⑮ 被扶養者の職業	⑯ 被扶養者の収入	⑰ 異動の日 平成 令和 年 月 日 追加 削除	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所も記入してください。 同居・別居 (住民票住所) (居所)	⑳ 備考
⑳ 個人番号									
⑳ 個人番号									
⑳ 個人番号									
⑳ 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。

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	()

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 険者証の記号	②健康保険被 険者証の番号	③ 被 保 険 者 の 氏 名 (氏) (名)		④ 生 年 月 日 昭5 年 月 日 平7	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 昭・平・令 年 月 日	⑧ 標準報酬月額 千円
⑨被保険者の住所 住民票住所 〒 - 居所 〒 -					⑩備 考			

⑭「※」印欄は記入しないでください。

⑪ 被 扶 養 者 の 氏 名 (フリガナ) (氏) (名)	⑫ 生 年 月 日 昭5 年 月 日 平7 令9	⑬ 性 別 男 1 ・ 女 2	⑭ 続 柄 ※	⑮ 被扶養者 の職業	⑯ 被扶養者 の収入	⑰ 異動の日 平成 令和 年 月 日	⑱ 異動 理由 追加 削除	⑲ 被扶養者の住所 (別居：住民票住所を記入) <small>住民票を異動していない場合は居所も記入してください。</small> 同居・別居 (住民票住所) (居所)	⑳ 備 考

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○印で囲むこと。生年月日は、たとえば、昭和38年2月7日生れの場合は、

昭5	年	月	日
平7	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○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. ⑦及び⑰の年月日は、たとえば、平成8年4月1日の場合は、

平成	年	月	日
令和	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○印で囲むこと。

5. 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。

6. 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。

7. 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。

8. 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。

9. 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○をし、住民票住所（住民票を異動していないときは居所）を記入すること。（同居は「同上」で可。）

10. ⑳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。

11. ㉑は、必ず本人確認を行ったうえで、個人番号を記入すること。個人番号が記入できない方は、⑲住所欄に住民票住所と㉑備考に記入できない理由を必ず記入すること。

【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の場合は、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の場合は、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の場合は、退職辞令、退職証明書の写など。

正

健康保険被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	課長	係長	扱者

①健康保険被保険者証の記号	③被保険者の氏名	④生年月日	⑤性別	⑥異動
10	健保太郎	昭5年 月 日	男 1	追加
		平7 〇〇〇〇〇〇	女 2	削除 2 (変更)
⑨被保険者の住所	住民票住所は必須			住所
〒 330 - 9713	埼玉県さいたま市中央区〇〇-〇-〇			〒 1201 530
〒 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」と記入
(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住所を記入

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)	⑳ 備考
ハコ 花子	昭5年 月 日	男 1	妻	主婦	0	追加 平成 年 月 日	新規	同居・別居 (住民票住所)	同居の場合は住所不要
個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	女 2	※			削除 〇 5 1 2 0 1		(居住所)	
ジロウ 治郎	昭5年 月 日	男 1	長男	学生	0	追加 平成 年 月 日	新規	同居・別居 (住民票住所)	住民票を異動していない場合は居住所を記入
個人番号	3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4	女 2	※			削除 〇 5 1 2 0 1		埼玉県さいたま市中央区〇〇-〇-〇 (居住所)	
個人番号	マイナンバーを記載 (後日になる場合は住民票を添付)							同居・別居 (住民票住所)	
個人番号								同居・別居 (住民票住所)	
個人番号								同居・別居 (住民票住所)	

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

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 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇

事業所名称 神奈川県横浜市西区北幸〇-〇-〇 健保企画(株)

事業主氏名 代表取締役 産業 次郎

電話 045 (000) 0123

年 月 日 提出

社会保険労務士の提出代行者

受付日付印

