

正

健康保険

被扶養者（異動）届

記入例（取得）

令和 年 月 日提出

受付印

事業主記入欄

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

事業主確認欄

事業主が確認した場合に○で囲んでください。

身分関係について確認しました

配偶者

被扶養者1

被扶養者2

被扶養者3

生計維持関係について確認しました

配偶者

被扶養者1

被扶養者2

被扶養者3

社会保険労務士記載欄

氏名等

被保険者欄

①被保険者等の記号

100

②被保険者等の番号

1234

③生年月日

7.平成

1

0

1

1

1

2

④性別

1.男

⑤個人番号

123456789123

⑥取得年月日

9.令和

0

2

0

6

0

1

⑦住民票住所

〒 470-0000

愛知県名古屋市西区名駅〇ー〇ー〇 △△ビル***号

配偶者である被扶養者欄

①氏名

ケンボハナコ

②生年月日

7.平成

1

1

1

2

1

1

③続柄

2.妻

④個人番号

123456789111

⑤外国籍

⑥外国人通称名

事業主記載欄の<特記>参照

⑦住民票住所

〒 470-0000

愛知県名古屋市西区名駅〇ー〇ー〇 △△ビル***号

⑧電話番号

052

（

555

）

1523

⑨増減別

増加

⑩被扶養者になった日

9.令和

2

6

1

⑪被扶養者でなくなった日

9.令和

⑫理由

※1

3.離職

⑬死亡（令和 年 月 日）

⑭資格確認書発行要否

□

発行が必要

その他の被扶養者欄 1

①氏名

ケンボイチロウ

②生年月日

7.平成

3

0

0

1

0

1

③性別

1.男

④続柄

長男

⑤個人番号

234567890111

⑥住民票住所

1.同居

⑦被扶養者になった日

9.令和

2

6

20

⑧理由

※2

2.出生

⑨職業

無職

⑩収入（年収）

0

円

⑪被扶養者でなくなった日

9.令和

⑫死亡（令和 年 月 日）

⑬資格確認書発行要否

□

発行が必要

その他の被扶養者欄 2

①氏名

②生年月日

③性別

④続柄

⑤個人番号

⑥住民票住所

⑦被扶養者になった日

9.令和

⑧理由

※2

⑨職業

⑩収入（年収）

円

⑪被扶養者でなくなった日

9.令和

⑫死亡（令和 年 月 日）

⑬資格確認書発行要否

□

発行が必要

その他の被扶養者欄 3

①氏名

②生年月日

③性別

④続柄

⑤個人番号

⑥住民票住所

⑦被扶養者になった日

9.令和

⑧理由

※2

⑨職業

⑩収入（年収）

円

⑪被扶養者でなくなった日

9.令和

⑫死亡（令和 年 月 日）

⑬資格確認書発行要否

□

発行が必要

⑬ 被扶養者でない配偶者を有するときに記入してください。

配偶者の年間収入

円

被保険者の年間収入

円

正

健康保険

被扶養者（異動）届

記入例（削除）

令和 年 月 日提出

受付印

事業主記入欄

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

事業主確認欄

事業主が確認した場合に○で囲んでください。

身分関係について確認しました

配偶者

被扶養者1

被扶養者2

被扶養者3

生計維持関係について確認しました

配偶者

被扶養者1

被扶養者2

被扶養者3

社会保険労務士記載欄

氏名等

被保険者欄

①被保険者等の記号

100

②被保険者等の番号

1234

③生年月日

5.昭和

4

9

1

1

1

2

④性別

1.男

⑤個人番号

123456789123

⑥取得年月日

9.令和

0

2

0

6

0

1

⑦住民票住所

〒 470-0000

愛知県名古屋市区西区名駅〇ー〇ー〇 △△ビル***号

配偶者である被扶養者欄

①氏名

(フリガナ) ケンボハナコ

(氏名) 健保 花子

②生年月日

5.昭和

5

0

1

2

1

1

③続柄

2.妻

④個人番号

123456789111

⑤外国籍

⑥外国人通称名

(フリガナ)

⑦住民票住所

〒 470-0000

愛知県名古屋市区西区名駅〇ー〇ー〇 △△ビル***号

⑧電話番号

052

(

555

)

1523

⑨増減別

減少

⑩被扶養者になった日

9.令和

3

6

1

⑪被扶養者でなくなった日

9.令和

3

6

20

⑫理由

※1

6.就職・収入増加

死亡 (令和 年 月 日)

⑬収入 (年収)

400万

円

⑭資格確認書発行要否

□

発行が必要

※1 ⑩理由:増加の場合は1～4、減少の場合は5～8 から選択してください。その他の場合は9を選択し、詳細を記入ください。

その他の被扶養者欄 1

①氏名

(フリガナ) ケンボイチロウ

(氏名) 健保 一郎

②生年月日

7.平成

1

0

0

1

0

1

③性別

1.男

④続柄

長男

⑤個人番号

234567890111

⑥住民票住所

1.同居

住民票住所(別居の場合のみ記入)

⑦被扶養者になった日

9.令和

3

6

20

⑧被扶養者でなくなった日

9.令和

3

6

20

⑨理由

※2

4.就職

死亡 (令和 年 月 日)

⑩収入 (年収)

300万

円

⑪資格確認書発行要否

□

発行が必要

その他の被扶養者欄 2

①氏名

(フリガナ)

(氏名)

②生年月日

年

月

日

③性別

④続柄

⑤個人番号

⑥住民票住所

住民票住所(別居の場合のみ記入)

⑦被扶養者になった日

9.令和

年

月

日

⑧被扶養者でなくなった日

9.令和

年

月

日

⑨理由

※2

⑩収入 (年収)

円

⑪資格確認書発行要否

□

発行が必要

その他の被扶養者欄 3

①氏名

(フリガナ)

(氏名)

②生年月日

年

月

日

③性別

④続柄

⑤個人番号

⑥住民票住所

住民票住所(別居の場合のみ記入)

⑦被扶養者になった日

9.令和

年

月

日

⑧被扶養者でなくなった日

9.令和

年

月

日

⑨理由

※2

⑩収入 (年収)

円

⑪資格確認書発行要否

□

発行が必要

※2 ⑧理由:増加の場合は1または2、減少の場合は3～6から選択してください。その他の場合は7を選択し、詳細を記入ください。

⑬被扶養者でない配偶者を有するときに記入してください。

配偶者の年間収入

円

被保険者の年間収入

円