

健康保険 被扶養者（異動）届

◎太枠内のみご記入ください。

提出日	令和 6 年 12 月 1 日																				
被保険者等 記号・番号	記号	番号				被保険者 氏 名	生年月日				性別	所属 事業所 及び 部署名	該当する部署及び店舗を ご記入下さい	資格取得年月日							
	○	○○○○					昭和	年	月	日				平成	5	0	0	6	3	0	男
社員番号	○○○○					健保 太郎					電話	000-0000-0000	配偶者	有・無	標準報酬月額						
被保険者 住 所	〒000-0000 東京都○○区○○町1-1-1														千円						

*この欄は申請する被扶養者について記入してください。

異動の 種類	被 扶 養 者 の 氏 名		生 年 月 日		性別	続柄	職業 または 学年	年間 予定収入 (税込額)	世帯	扶養をし始めた日または 扶養をしなくなった日		異動理由 ※その他は備考欄に 理由を記入	備 考	扶養認定日 または削除日							
増加 減少	フリガナ (氏)	ハナコ	昭和	年	月	日	男	妻	無職	円	同居	平成 令和	年	月	日	1.被保険者入社 2.出生 3.退職 4.結婚 5.就職 6.その他		平成 令和	年	月	日
個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	健保 花子	平成	5	2	0	4														
増加 減少	フリガナ (氏)	ミツコ	昭和	年	月	日	男	長女	無職	円	同居	平成 令和	年	月	日	1.被保険者入社 2.出生 3.退職 4.結婚 5.就職 6.その他		平成 令和	年	月	日
個人番号	3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4	健保 光子	平成	1	2	0	8														
増加 減少	フリガナ (氏)	(名)	昭和	年	月	日	男			円	同居	平成 令和	年	月	日	1.被保険者入社 2.出生 3.退職 4.結婚 5.就職 6.その他		平成 令和	年	月	日
個人番号			平成																		
増加 減少	フリガナ (氏)	(名)	昭和	年	月	日	男					平成 令和	年	月	日	1.被保険者入社 2.出生 3.退職 4.結婚 5.就職 6.その他		平成 令和	年	月	日
個人番号			平成																		

・就職、収入増、雇用保険失業給付の
受給開始による削除の場合 ⇒ 事実日(発生日)

・離婚による削除の場合 ⇒ 事実日(発生日)

・死亡による削除の場合 ⇒ 事実日(発生日)の翌日

事業主の証明	令和 年 月 日
	事務所所在地
	事務所名称
	事業主氏名
	電話番号
事業主の証明欄	
☐ この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。	

提出 提出期	受付日付印
<被扶養者減少の場合> 対象者の有効な資格確認書をお持ちの方は添付してください。	