

健康保険 被扶養者(異動)届

記入例  
婚姻

平成 31 年 2 月 1 日

※ 健保記入欄		
常務理事	事務長	担当
決裁印		受付印

事業主記入欄	事業所整理記号	
	被保険者の前年の源泉徴収額(年収)	令和 年 源泉徴収額 円
	事業所所在地	〒
	事業所名称	任意継続・特例退職の方は事業主の証明は不要です
	事業主氏名	
確認欄	<input type="checkbox"/> この届出および添付の生計維持関係申告書については、①又は②の要件を満たしたものである。 <input type="checkbox"/> ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 <input type="checkbox"/> 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。	
事業主等受付年月日	令和 年 月 日	

自筆する場合または自筆でない場合でも事業主が事業主記入欄にて証明する場合は省略できます

A. 被保険者欄	① 保険証の記号番号	1010 101234	② (フリガナ) 氏名	ケンボ タロウ 健保 太郎	③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	03 02 01	④ 性別	1. 男 2. 女
	⑤ 取得年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	28 08 01	⑥ 住民票登録住所	〒 123 - 0011 TEL 03-1234-5678	東京都港区南青山1-2-3 ホンダマンション101号室			

※事業主が、認定を受ける方の続柄を公的書類で確認した場合は、B欄④(又はC欄⑩)の「続柄確認済み」の口に✓を付してください(同居者に限る)

B. 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) 健保 花子	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	03 03 01	③ 続柄	1. 夫 3. 夫(未届) 2. 妻 4. 妻(未届)
	⑦ 住民票登録住所	同居 2. 別居	⑧ 被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和	31 02 01	⑨ 理由	1. 入社に伴う 2. 婚姻 3. 離職 4. 収入減少 5. その他( )
	⑩ 被扶養者でなくなった日	7. 平成 9. 令和		⑪ 理由	1. 死亡 2. 就職 3. 収入超過 4. 75歳到達 5. 障害認定 6. その他( )	⑫ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他( )

婚姻日を記入してください  
★注意★  
提出期限は、扶養となる事由の発生日より30日以内です  
31日以上経過した場合は、受付日(健保ですべての書類を確認した日)が認定日になります

C. その他の被扶養者欄1	① 氏名	(フリガナ) (氏)	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和		③ 性別	1. 男 2. 女	④ 続柄	※子の場合は、長男 二女、養子など 戸籍上の続柄を記入
	⑨ 被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和		⑩ 理由	1. 出生 2. 離職 3. 収入減 4. 同居 5. その他( )	⑪ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他( )	⑫ 住民票登録住所	1. 同居 2. 別居(別居の場合は記入)
	⑬ 被扶養者でなくなった日	7. 平成 9. 令和		⑭ 理由	1. 死亡 2. 就職 3. 収入超過 4. 75歳到達 5. 障害認定 6. その他( )	⑮ 備考		⑯ 個人番号	別紙にて提出

C. その他の被扶養者欄2	① 氏名	(フリガナ) (氏)	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和		③ 性別	1. 男 2. 女	④ 続柄	※子の場合は、長男 二女、養子など 戸籍上の続柄を記入
	⑨ 被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和		⑩ 理由	1. 出生 2. 離職 3. 収入減 4. 同居 5. その他( )	⑪ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他( )	⑫ 住民票登録住所	1. 同居 2. 別居(別居の場合は記入)
	⑬ 被扶養者でなくなった日	7. 平成 9. 令和		⑭ 理由	1. 死亡 2. 就職 3. 収入超過 4. 75歳到達 5. 障害認定 6. その他( )	⑮ 備考		⑯ 個人番号	別紙にて提出

C. その他の被扶養者欄3	① 氏名	(フリガナ) (氏)	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和		③ 性別	1. 男 2. 女	④ 続柄	※子の場合は、長男 二女、養子など 戸籍上の続柄を記入
	⑨ 被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和		⑩ 理由	1. 出生 2. 離職 3. 収入減 4. 同居 5. その他( )	⑪ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他( )	⑫ 住民票登録住所	1. 同居 2. 別居(別居の場合は記入)
	⑬ 被扶養者でなくなった日	7. 平成 9. 令和		⑭ 理由	1. 死亡 2. 就職 3. 収入超過 4. 75歳到達 5. 障害認定 6. その他( )	⑮ 備考		⑯ 個人番号	別紙にて提出

【注】 記入漏れのないように記載し、必要書類を添えて提出してください。  
 ・被保険者氏名欄の捺印は、被保険者が自ら記入(自筆)する場合または自筆でない場合でも事業主が事業主記入欄にて証明する場合は省略できます。  
 ・扶養から除く場合は、その方の健康保険被保険者証を添えて提出してください。  
 ・被扶養者氏名欄は13文字以内(氏と名の間のスペース含む)にご記入ください。(カナと英字の場合は25文字以内)  
 ・消せるボールペンでは記入しないでください。

《申請ルート》 被保険者 → 勤務先総務部門 → 健康保険組合、任意継続・特例退職被保険者 → 健康保険組合

健康保険 被扶養者(異動)届

※ 健保記入欄		
常務理事	事務長	担当
決裁印		受付印

平成 31 年 2 月 1 日

記入例  
出生

事業主記入欄	事業所整理記号	
	被保険者の前年の源泉徴収額(年収)	令和 年 源泉徴収額 円
	事業所所在地	〒
	事業所名称	任意継続・特例退職の方は事業主の証明は不要です
	事業主氏名	
電話番号	( )	
確認欄	この届出および添付の生計維持関係申告書については、①又は②の要件を満たしたものである。 <input type="checkbox"/> ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 <input type="checkbox"/> 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。	
事業主等受付年月日	令和 年 月 日	

自筆する場合または自筆でない場合でも事業主が事業主記入欄にて証明する場合は省略できます

A. 被保険者欄	① 記号	1010	② (フリガナ) ケンボ タロウ	③ 年 月 日		④ 性別	1.男 2.女
	⑤ 保険証の記号番号	101234	氏名	健保 太郎	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	03 02 01
	⑥ 取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	28 08 01	⑦ 住民票登録住所	〒 123 - 0011 TEL 03-1234-5678 東京都港区南青山1-2-3 ホンダマンション101号室		

※事業主が、認定を受ける方の続柄を公的書類で確認した場合は、B欄⑪(又はC欄⑬)の「続柄確認済み」の口に✓を付してください(同居者に限る)

B. 配偶者である被扶養者欄	申請対象者が配偶者以外の場合、B欄の記入は不要です							
	⑧ 被扶養者になった日	7.平成 9.令和		⑨ 理由	1. 入社に伴う 2. 婚姻 3. 離職 4. 収入減少 5. その他( )			
	⑩ 被扶養者でなくなった日	7.平成 9.令和		⑪ 理由	1. 就職 2. 収入超過 3. 離婚 4. 死亡( 年 月 日) 5. 75歳到達 6. その他( )			

申請対象者が 子(実子・養子・配偶者の子)の場合で、配偶者を扶養に入れていない場合は必ず記入してください

申請対象者が子(実子・養子・配偶者の子)の場合で、配偶者を扶養に入れていない場合は、必ず記入してください。 配偶者の収入(年収) 200 万円

C. その他の被扶養者欄1	① 氏名	(フリガナ) ケンボ イチロウ	② 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	31 02 01	③ 性別	1.男 2.女	④ 続柄	※子の場合は、長男 二女、養子など 戸籍上の続柄を記入	長男
	⑤ 職業	1.無職 2.パート等 3.年金受給者 4.その他( )	⑥ 同居/別居	1.同居 2.別居(別居の場合は記入)	⑦ 年収	0 万円	⑧ 個人番号	別紙にて提出		
	⑨ 被扶養者になった日	7.平成 9.令和	31 02 01	⑩ 理由	1. 出生 2. 離職 3. 収入減 4. 同居 5. その他( )					

出生日を記入してください

C. その他の被扶養者欄2	① 氏名	(フリガナ)	② 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和		③ 性別	1.男 2.女	④ 続柄	※子の場合は、長男 二女、養子など 戸籍上の続柄を記入	
	⑤ 職業	1.無職 2.パート等 3.年金受給者 4.その他( )	⑥ 同居/別居	1.同居 2.別居(別居の場合は記入)	⑦ 年収		⑧ 個人番号	別紙にて提出		
	⑨ 被扶養者になった日	7.平成 9.令和		⑩ 理由	1. 出生 2. 離職 3. 収入減 4. 同居 5. その他( )					

C. その他の被扶養者欄3	① 氏名	(フリガナ)	② 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和		③ 性別	1.男 2.女	④ 続柄	※子の場合は、長男 二女、養子など 戸籍上の続柄を記入	
	⑤ 職業	1.無職 2.パート等 3.年金受給者 4.その他( )	⑥ 同居/別居	1.同居 2.別居(別居の場合は記入)	⑦ 年収		⑧ 個人番号	別紙にて提出		
	⑨ 被扶養者になった日	7.平成 9.令和		⑩ 理由	1. 出生 2. 離職 3. 収入減 4. 同居 5. その他( )					

R3.01 改訂

【注】・記入漏れのないように記載し、必要書類を添えて提出してください。  
 ・被保険者氏名欄の捺印は、被保険者が自ら記入(自筆)する場合または自筆でない場合でも事業主が事業主記入欄にて証明する場合は省略できます。  
 ・扶養から除く場合は、その方の健康保険被保険者証を添えて提出してください。  
 ・被扶養者氏名欄は13文字以内(氏と名の間のスペース含む)にご記入ください。(カナと英字の場合は25文字以内)  
 ・消せるボールペンでは記入しないでください。

《申請ルート》 被保険者 → 勤務先総務部門 → 健康保険組合、任意継続・特例退職被保険者 → 健康保険組合

健康保険 被扶養者(異動)届

※ 健保記入欄		
常務理事	事務長	担当

決裁印	受付印

平成 31 年 2 月 1 日

記入例  
離婚

事業主記入欄	事業所整理記号	
	被保険者の前年の源泉徴収額(年収)	令和 年 源泉徴収額 円
	事業所所在地	〒
	事業所名称	任意継続・特例退職の方は事業主の証明は不要です
	事業主氏名	
電話番号	( )	
確認欄	この届出および添付の生計維持関係申告書については、①又は②の要件を満たしたものである。	
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。	
<input type="checkbox"/>	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。	
事業主等受付年月日	令和 年 月 日	

自筆する場合または自筆でない場合でも事業主が事業主記入欄にて証明する場合は省略できます

A. 被保険者欄	① 記号	1010	② (フリガナ) ケンボ タロウ	③ 年 月 日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 03 02 01	④ 性別	1. 男 2. 女
	保険証の記号番号	101234	氏名	健保 太郎	生年月日		
	⑤ 取得年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 28 08 01	⑥ 住民票登録住所	〒 123 - 0011 TEL 03-1234-5678	東京都港区南青山1-2-3 ホンダマンション101号室		

※事業主が、認定を受ける方の続柄を公的書類で確認した場合は、B欄④(又はC欄③)の「続柄確認済み」の口に入力してください(同居者に限る)

B. 配偶者である被扶養者欄	① (フリガナ) ケンボ ハナコ	② 年 月 日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 03 03 01	続柄	1. 夫 3. 夫(未婚) 2. 妻 4. 妻(未婚)
	氏名	健保 花子	生年月日		
	⑦ 住民票登録住所	〒	④ 性別	1. 男 2. 女	⑤ 外国籍
⑧ 被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和	⑨ 理由	1. 入社に伴う 2. 婚姻 3. 離婚 4. 収入減少 5. その他( )	⑩ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他( )
⑪ 被扶養者でなくなった日	7. 平成 9. 令和 31 01 20	⑫ 理由	1. 就職 2. 収入超過 3. 離婚 4. 死亡( 年 月 日 ) 5. 75歳到達 6. その他( )	⑬ 備考	喪失証明希望 ※ 続柄確認済み <input type="checkbox"/>

離婚日を記入してください

喪失証明が必要な場合は喪失証明希望と記入してください

C. その他の被扶養者欄1	① (フリガナ)	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	③ 性別	1. 男 2. 女
	氏名				
	⑤ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他( )	⑥ 住民票登録住所	1. 同居 2. 別居(別居の場合は記入)	⑦ 年収
⑨ 被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和	⑩ 理由	1. 出生 2. 離婚 3. 収入減 4. 同居 5. その他( )	⑪ 備考	
⑫ 被扶養者でなくなった日	7. 平成 9. 令和	⑬ 理由	1. 死亡 2. 就職 3. 収入超過 4. 75歳到達 5. 障害認定 6. その他( )	⑭ 備考	

C. その他の被扶養者欄2	① (フリガナ)	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	③ 性別	1. 男 2. 女
	氏名				
	⑤ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他( )	⑥ 住民票登録住所	1. 同居 2. 別居(別居の場合は記入)	⑦ 年収
⑨ 被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和	⑩ 理由	1. 出生 2. 離婚 3. 収入減 4. 同居 5. その他( )	⑪ 備考	
⑫ 被扶養者でなくなった日	7. 平成 9. 令和	⑬ 理由	1. 死亡 2. 就職 3. 収入超過 4. 75歳到達 5. 障害認定 6. その他( )	⑭ 備考	

C. その他の被扶養者欄3	① (フリガナ)	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	③ 性別	1. 男 2. 女
	氏名				
	⑤ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他( )	⑥ 住民票登録住所	1. 同居 2. 別居(別居の場合は記入)	⑦ 年収
⑨ 被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和	⑩ 理由	1. 出生 2. 離婚 3. 収入減 4. 同居 5. その他( )	⑪ 備考	
⑫ 被扶養者でなくなった日	7. 平成 9. 令和	⑬ 理由	1. 死亡 2. 就職 3. 収入超過 4. 75歳到達 5. 障害認定 6. その他( )	⑭ 備考	

R3.01 改訂

- 【注】・記入漏れのないように記載し、必要書類を添えて提出してください。  
 ・被保険者氏名欄の捺印は、被保険者が自ら記入(自筆)する場合または自筆でない場合でも事業主が事業主記入欄にて証明する場合は省略できます。  
 ・扶養から除く場合は、その方の健康保険被保険者証を添えて提出してください。  
 ・被扶養者氏名欄は13文字以内(氏と名の間のスペース含む)にご記入ください。(カナと英字の場合は25文字以内)  
 ・消せるボールペンでは記入しないでください。

《申請ルート》 被保険者 → 勤務先総務部門 → 健康保険組合、任意継続・特例退職被保険者 → 健康保険組合

健康保険 被扶養者(異動)届

※ 健保記入欄		
常務理事	事務長	担当

決裁印	受付印

平成 31 年 2 月 1 日

記入例  
就職

事業主記入欄	事業所整理記号	
	被保険者の前年の源泉徴収額(年収)	令和 年 源泉徴収額 円
	事業所所在地	〒
	事業所名称	任意継続・特例退職の方は事業主の証明は不要です
事業主氏名		
電話番号	(  )	
確認欄	この届出および添付の生計維持関係申告書については、①又は②の要件を満たしたものである。 <input type="checkbox"/> ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 <input type="checkbox"/> ② 記載内容については誤りがなく申請者本人が確認している。	
事業主等受付年月日	令和 年 月 日	

自筆する場合または自筆でない場合でも事業主が事業主記入欄にて証明する場合は省略できます

A. 被保険者欄	① 記号	1010	② (フリガナ) ケンボ タロウ	③ 年 月 日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 03 02 01	④ 性別	1. 男 2. 女	
	⑤ 保険証の記号番号	101234	⑥ 氏名	健保 太郎	⑦ 生年月日			
	⑧ 取得年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 28 08 01	⑨ 住民票登録住所	〒 123 - 0011 TEL 03-1234-5678				
				東京都港区南青山1-2-3 ホンダマンション101号室				

※事業主が、認定を受ける方の続柄を公的書類で確認した場合は、B欄④(又はC欄⑩)の「続柄確認済み」の口に入力してください(同居者に限る)

B. 配偶者である被扶養者欄	① (フリガナ) ケンボ ハナコ	② 年 月 日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 03 03 01	③ 続柄	1. 夫 3. 夫(未婚) 2. 妻 4. 妻(未婚)	
	④ 氏名	健保 花子	⑤ 性別	1. 男 2. 女	⑥ (フリガナ)	
	⑦ 住民票登録住所	⑧ 同居 2. 別居	⑨ 理由	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他	⑩ 年収	200 万円
	⑪ 被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和 31 02 01	⑫ 理由	1. 就職 2. 収入超過 3. 離婚 4. 死亡(年 月 日) 5. 75歳到達 6. その他	⑬ 備考	

新しい保険証の資格取得日を記入してください  
★注意★ 交付日ではありません

C. その他の被扶養者欄1	① (フリガナ)	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	③ 性別	1. 男 2. 女	④ 続柄	※子の場合は、長男 二女、養子など戸籍上の続柄を記入
	⑤ 氏名		⑥ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他	⑦ 同居 2. 別居(別居の場合は記入)	⑧ 年収	万円
	⑨ 被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和	⑩ 理由	1. 出生 2. 離婚 3. 収入減 4. 同居 5. その他	⑪ 住民票登録住所	⑫ 個人番号	別紙にて提出
	⑬ 被扶養者でなくなった日	7. 平成 9. 令和	⑭ 理由	1. 死亡 2. 就職 3. 収入超過 4. 75歳到達 5. 障害認定 6. その他	⑮ 備考		

申請対象者が配偶者の場合はB欄  
配偶者以外の場合はC欄  
に記入してください

C. その他の被扶養者欄2	① (フリガナ)	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	③ 性別	1. 男 2. 女	④ 続柄	※子の場合は、長男 二女、養子など戸籍上の続柄を記入
	⑤ 氏名		⑥ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他	⑦ 同居 2. 別居(別居の場合は記入)	⑧ 年収	万円
	⑨ 被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和	⑩ 理由	1. 出生 2. 離婚 3. 収入減 4. 同居 5. その他	⑪ 住民票登録住所	⑫ 個人番号	別紙にて提出
	⑬ 被扶養者でなくなった日	7. 平成 9. 令和	⑭ 理由	1. 死亡 2. 就職 3. 収入超過 4. 75歳到達 5. 障害認定 6. その他	⑮ 備考		

C. その他の被扶養者欄3	① (フリガナ)	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	③ 性別	1. 男 2. 女	④ 続柄	※子の場合は、長男 二女、養子など戸籍上の続柄を記入
	⑤ 氏名		⑥ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他	⑦ 同居 2. 別居(別居の場合は記入)	⑧ 年収	万円
	⑨ 被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和	⑩ 理由	1. 出生 2. 離婚 3. 収入減 4. 同居 5. その他	⑪ 住民票登録住所	⑫ 個人番号	別紙にて提出
	⑬ 被扶養者でなくなった日	7. 平成 9. 令和	⑭ 理由	1. 死亡 2. 就職 3. 収入超過 4. 75歳到達 5. 障害認定 6. その他	⑮ 備考		

R3.01 改訂

【注】・記入漏れのないよう記載し、必要書類を添えて提出してください。  
 ・被保険者氏名欄の捺印は、被保険者が自ら記入(自筆)する場合または自筆でない場合でも事業主が事業主記入欄にて証明する場合は省略できます。  
 ・扶養から除く場合は、その方の健康保険被保険者証を添えて提出してください。  
 ・被扶養者氏名欄は13文字以内(氏と名の間のスペース含む)にご記入ください。(カナと英字の場合は25文字以内)  
 ・消せるボールペンでは記入しないでください。

《申請ルート》 被保険者 → 勤務先総務部門 → 健康保険組合、任意継続・特例退職被保険者 → 健康保険組合

# 健康保険 被扶養者(異動)届

※ 健保記入欄		
常務理事	事務長	担当

決裁印	受付印

平成 31 年 2 月 1 日

**記入例  
退職**

事業所整理記号	
被保険者の前年の源泉徴収額(年収)	令和 年 源泉徴収額 円 申請対象者が子(実子・養子・配偶者の子)の場合で、配偶者を扶養に入れていない場合は必ず記入してください
事業所所在地	〒
事業所名称	任意継続・特例退職の方は事業主の証明は不要です
事業主氏名	
電話番号	( )
確認欄	この届出および添付の生計維持関係申告書については、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。
事業主等受付年月日	令和 年 月 日

自筆する場合または自筆でない場合でも事業主が事業主記入欄にて証明する場合は省略できます

A. 被保険者欄	① 記号	1010	② (フリガナ) ケンポ タロウ	③ 年 月 日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 03 02 01	④ 性別	1. 男 2. 女
	⑤ 取得年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 28 08 01	⑥ 氏名	健保 太郎	TEL	03-1234-5678	東京都港区南青山1-2-3 ホンダマンション101号室
	⑦ 住所	〒 123 - 0011	⑧ 職業		⑨ 年 月 日		⑩ 収入

※事業主が、認定を受ける方の続柄を公的書類で確認した場合は、B欄④「退職日の翌日(健康保険資格喪失日)」を記入してください  
★注意★ 提出期限は、扶養となる事由の発生日より30日以内です  
31日以上経過した場合は、受付日(健保ですべての書類を確認した日)が認定日になります

B. 配偶者である被扶養者欄	① (フリガナ) ケンポ	② (氏名) 健保 花子	③ 年 月 日	7. 平成 9. 令和 31 02 01	④ 理由	1. 入社に伴う 2. 婚姻 3. 離職	⑤ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者	⑥ 年 月 日		⑦ 収入	0 万円
	⑧ 住所	〒	⑨ 職業		⑩ 年 月 日		⑪ 収入		⑫ 備考		※ 続柄確認済み <input type="checkbox"/>	
	⑬ 理由	1. 就職 2. 収入超過 3. 離婚	⑭ 備考		⑮ 備考		⑯ 備考					

C. その他の被扶養者欄1	① (フリガナ)	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	③ 性別	1. 男 2. 女	④ 続柄	※子の場合は、長男 二女、養子など 戸籍上の続柄を記入	⑤ 収入		⑥ 備考	
	⑦ 住所	〒	⑧ 職業		⑨ 年 月 日		⑩ 収入		⑪ 備考		
	⑫ 理由	1. 出生 2. 離職 3. 収入減	⑬ 備考		⑭ 備考		⑮ 備考				

申請対象者が配偶者の場合はB欄  
配偶者以外の場合はC欄  
に記入してください

申請対象者が子(実子・養子・配偶者の子)の場合で、配偶者を扶養に入れていない場合は必ず記入してください

C. その他の被扶養者欄2	① (フリガナ)	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	③ 性別	1. 男 2. 女	④ 続柄	※子の場合は、長男 二女、養子など 戸籍上の続柄を記入	⑤ 収入		⑥ 備考	
	⑦ 住所	〒	⑧ 職業		⑨ 年 月 日		⑩ 収入		⑪ 備考		
	⑫ 理由	1. 出生 2. 離職 3. 収入減	⑬ 備考		⑭ 備考		⑮ 備考				

C. その他の被扶養者欄3	① (フリガナ)	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	③ 性別	1. 男 2. 女	④ 続柄	※子の場合は、長男 二女、養子など 戸籍上の続柄を記入	⑤ 収入		⑥ 備考	
	⑦ 住所	〒	⑧ 職業		⑨ 年 月 日		⑩ 収入		⑪ 備考		
	⑫ 理由	1. 出生 2. 離職 3. 収入減	⑬ 備考		⑭ 備考		⑮ 備考				

R3.01 改訂

- 【注】・記入漏れのないように記載し、必要書類を添えて提出してください。  
・被保険者氏名欄の捺印は、被保険者が自ら記入(自筆)する場合または自筆でない場合でも事業主が事業主記入欄にて証明する場合は省略できます。  
・扶養から除く場合は、その方の健康保険被保険者証を添えて提出してください。  
・被扶養者氏名欄は13文字以内(氏と名の間のスペース含む)にご記入ください。(カナと英字の場合は25文字以内)  
・消せるボールペンでは記入しないでください。

《申請ルート》 被保険者 → 勤務先総務部門 → 健康保険組合、任意継続・特例退職被保険者 → 健康保険組合

健康保険 被扶養者(異動)届

※ 健保記入欄		
常務理事	事務長	担当

決裁印	受付印

平成 31 年 2 月 1 日

記入例  
収入減

事業所整理記号	
被保険者の前年の源泉徴収額(年収)	令和 年 源泉徴収額 円 申請対象者が子(実子・養子・配偶者の子)の場合で、配偶者を扶養に入れていない場合は必ず記入してください
事業所所在地	〒
事業所名称	任意継続・特例退職の方は事業主の証明は不要です
事業主氏名	
電話番号	( )
確認欄	この届出および添付の生計維持関係申告書については、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。
事業主等受付年月日	令和 年 月 日

自筆する場合または自筆でない場合でも事業主が事業主記入欄にて証明する場合は省略できます

A. 被保険者欄	① 記号	1010	② (フリガナ) ケンポ タロウ	③ 年 月 日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 03 02 01	④ 性別	1. 男 2. 女
	⑤ 氏名	健保 太郎	⑥ 生年月日				
	⑦ 取得年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 28 08 01	⑧ 住所	〒 123 - 0011	TEL	03-1234-5678	

収入減となった事由発生日を記入してください  
 ※事業主が、認定を受ける方の続柄を公的書類で確認した場合は、B欄  
 ★注意★ 提出期限は、扶養となる事由の発生日より30日以内です  
 31日以上経過した場合は、受付日(健保ですべての書類を確認した日)が認定日になります

B. 配偶者欄	① (フリガナ) ケンポ ハナ子	② 氏名	健保 花子	③ 生年月日	7. 平成 9. 令和 03 03 01	④ 続柄	2. 妻 4. 妻(未婚)	
	⑤ 住所	〒	⑥ 性別	1. 男 2. 女	⑦ 外国人		⑧ 外国人通称名	
	⑨ 被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和 31 01 20	⑩ 理由	1. 入社に伴う 2. 婚姻 3. 退職 4. 収入減少 5. その他	⑪ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他	⑫ 年収	80 万円

C. その他の被扶養者欄1	① (フリガナ)	② 氏名		③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	④ 性別	1. 男 2. 女	⑤ 続柄	※子の場合は、長男 二女、養子など 戸籍上の続柄を記入
	⑥ 理由	1. 出生 2. 離婚 3. 収入減 4. 同居 5. その他	⑦ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他	⑧ 住所	〒	⑨ 年収	万円	⑩ 個人番号

申請対象者が配偶者の場合はB欄  
配偶者以外の場合はC欄  
に記入してください

申請対象者が子(実子・養子・配偶者の子)の場合で、配偶者を扶養に入れていない場合は必ず記入してください

C. その他の被扶養者欄2	① (フリガナ)	② 氏名		③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	④ 性別	1. 男 2. 女	⑤ 続柄	※子の場合は、長男 二女、養子など 戸籍上の続柄を記入
	⑥ 理由	1. 出生 2. 離婚 3. 収入減 4. 同居 5. その他	⑦ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他	⑧ 住所	〒	⑨ 年収	万円	⑩ 個人番号

C. その他の被扶養者欄3	① (フリガナ)	② 氏名		③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	④ 性別	1. 男 2. 女	⑤ 続柄	※子の場合は、長男 二女、養子など 戸籍上の続柄を記入
	⑥ 理由	1. 出生 2. 離婚 3. 収入減 4. 同居 5. その他	⑦ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他	⑧ 住所	〒	⑨ 年収	万円	⑩ 個人番号

R3.01 改訂

【注】・記入漏れのないように記載し、必要書類を添えて提出してください。  
 ・被保険者氏名欄の捺印は、被保険者が自ら記入(自筆)する場合または自筆でない場合でも事業主が事業主記入欄にて証明する場合は省略できます。  
 ・扶養から除く場合は、その方の健康保険被保険者証を添えて提出してください。  
 ・被扶養者氏名欄は13文字以内(氏と名の間のスペース含む)にご記入ください。(カナと英字の場合は25文字以内)  
 ・消せるボールペンでは記入しないでください。

# 健康保険 被扶養者(異動)届

※ 健保記入欄		
常務理事	事務長	担当

決裁印	受付印

平成 31 年 2 月 1 日

記入例  
収入減(雇用保険受給終了)

事業所整理記号	
被保険者の前年の源泉徴収額(年収)	令和 年 源泉徴収額 円
事業所所在地	
事業所名称	任意継続・特例退職の方は事業主の証明は不要です
事業主氏名	
電話番号	
確認欄	この届出および添付の生計維持関係申告書については、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く申請者本人が確認している。
事業主等受付年月日	令和 年 月 日

自筆する場合または自筆でない場合でも事業主が事業主記入欄にて証明する場合は省略できます

① 保険証の記号番号	1010	② (フリガナ) ケンボ タロウ (氏) 健保 太郎 (名) 健保	③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 03 02 01	④ 性別	1. 男 2. 女
⑤ 取得年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 28 08 01	⑥ 住所登録番号	〒 123 - 0011	TEL	03-1234-5678	

雇用保険の支給終了日の翌日を記入してください

※事業主が、認定を受ける方の続柄を公的書類で確認した場合は、

★注意★ 提出期限は、扶養となる事由の発生日より30日以内です  
31日以上経過した場合は、受付日(健保ですべての書類を確認した日)が認定日になります

① 氏名	(フリガナ) ケンボ (氏) 健保 花子	生年月日	7. 平成 9. 令和 03 03 01	続柄	2. 妻 4. 妻(未届)
⑦ 住民票登録住所	1. 同居 2. 別居	④ 性別	1. 男 2. 女	⑤ 外国籍	
⑧ 被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和 31 01 20	⑨ 理由	1. 入社に伴う 2. 婚姻 3. 離職 4. 収入減少 5. その他	⑩ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他
⑪ 被扶養者でなくなった日	7. 平成 9. 令和	⑫ 理由	1. 就職 2. 収入超過 3. 離婚 4. 死亡(年 月 日) 5. 75歳到達 6. その他	⑬ 備考	⑭ 年収 0 万円

申請対象者が配偶者の場合はB欄  
配偶者以外の場合はC欄  
に記入してください

申請対象者が子(実子・養子・配偶者の子)の場合で、配偶者を扶養に入れていない場合は必ず記入してください。

① 氏名	(フリガナ) (氏)	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	③ 性別	1. 男 2. 女	④ 続柄	※子の場合は、長男 二女、養子など 戸籍上の続柄を記入
⑤ 理由	1. 出生 2. 離職 3. 収入減 4. 同居 5. その他	⑥ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他	⑦ 年収	万円	⑧ 個人番号	別紙にて提出
⑨ 被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和	⑩ 理由	1. 出生 2. 離職 3. 収入減 4. 同居 5. その他	⑪ 住民票登録住所	1. 同居 2. 別居(別居の場合は記入)	⑫ 備考	
⑬ 被扶養者でなくなった日	7. 平成 9. 令和	⑭ 理由	1. 死亡 2. 就職 3. 収入超過 4. 75歳到達 5. 障害認定 6. その他	⑮ 備考		⑯ 年収	万円

R3.01 改訂

【注】・記入漏れのないように記載し、必要書類を添えて提出してください。

- ・被保険者氏名欄の捺印は、被保険者が自ら記入(自筆)する場合または自筆でない場合でも事業主が事業主記入欄にて証明する場合は省略できます。
- ・扶養から除く場合は、その方の健康保険被保険者証を添えて提出してください。
- ・被扶養者氏名欄は13文字以内(氏と名の間のスペース含む)にご記入ください。(カナと英字の場合は25文字以内)
- ・消せるボールペンでは記入しないでください。

《申請ルート》 被保険者 → 勤務先総務部門 → 健康保険組合、 任意継続・特例退職被保険者 → 健康保険組合

# 健康保険 被扶養者(異動)届

※ 健保記入欄		
常務理事	事務長	担当

決裁印	受付印

平成 31 年 2 月 1 日

記入例  
収入超過

事業主記入欄	事業所整理記号	
	被保険者の前年の源泉徴収額(年収)	令和 年 源泉徴収額 円 申請対象者が子(実子・養子・配偶者の子)の場合で、配偶者を扶養に入れていない場合は必ず記入してください
	事業所所在地	〒
	事業所名称	任意継続・特例退職の方は事業主の証明は不要です
事業主氏名		
電話番号	(  )	
確認欄	この届出および添付の生計維持関係申告書については、①又②の要件を満たしたものである。 <input type="checkbox"/> 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く申請者本人が確認している。	
事業主等受付年月日	令和 年 月 日	

自筆する場合または自筆でない場合でも事業主が事業主記入欄にて証明する場合は省略できます

A. 被保険者欄	① 記号	1010	② (フリガナ) ケンボ タロウ	③ 年 月 日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 03 02 01	④ 性別	1. 男 2. 女
	⑤ 取得年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 28 08 01	⑥ 氏名	健保 太郎	TEL	03-1234-5678	
	⑦ 住居票登録住所	123 0011	東京都港区南青山1-2-3 ホンダマンション101号室				

※事業主が、認定を受ける方の続柄を公的書類で確認した場合は、B欄⑨(又はC欄⑬)の「続柄確認済み」の口に入力してください(同居者に限る)

B. 自営者である被扶養者欄	① (フリガナ) ケンボ ハナコ	② 氏名	健保 花子	③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 03 03 01	④ 続柄	1. 夫 3. 夫(未婚) 2. 妻 4. 妻(未婚)	
	⑦ 住居票登録住所	1. 同居 2. 別居	⑧ 被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和 31 02 01	⑨ 理由	1. 就職 2. 収入超過 3. 離婚	⑩ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他
	⑪ 被扶養者でなくなった日	7. 平成 9. 令和	⑫ 理由	1. 死亡 2. 就職 3. 収入超過 4. 75歳到達 5. 障害認定 6. その他	⑬ 備考	喪失証明希望 ※ 続柄確認済み <input type="checkbox"/>		

収入が基準額を超えると判明した日を記入してください

喪失証明が必要な場合は喪失証明希望と記入してください

C. その他の被扶養者欄1	① (フリガナ)	② 氏名		③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	④ 性別	1. 男 2. 女
	⑨ 被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和	⑩ 理由	1. 出生 2. 離婚 3. 収入減 4. 同居 5. その他	⑪ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他	⑫ 備考
	⑬ 被扶養者でなくなった日	7. 平成 9. 令和	⑭ 理由	1. 死亡 2. 就職 3. 収入超過 4. 75歳到達 5. 障害認定 6. その他	⑮ 備考	※ 続柄確認済み <input type="checkbox"/>	

C. その他の被扶養者欄2	① (フリガナ)	② 氏名		③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	④ 性別	1. 男 2. 女
	⑨ 被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和	⑩ 理由	1. 出生 2. 離婚 3. 収入減 4. 同居 5. その他	⑪ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他	⑫ 備考
	⑬ 被扶養者でなくなった日	7. 平成 9. 令和	⑭ 理由	1. 死亡 2. 就職 3. 収入超過 4. 75歳到達 5. 障害認定 6. その他	⑮ 備考	※ 続柄確認済み <input type="checkbox"/>	

申請対象者が配偶者の場合はB欄 配偶者以外の場合はC欄に記入してください。

C. その他の被扶養者欄3	① (フリガナ)	② 氏名		③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	④ 性別	1. 男 2. 女
	⑨ 被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和	⑩ 理由	1. 出生 2. 離婚 3. 収入減 4. 同居 5. その他	⑪ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他	⑫ 備考
	⑬ 被扶養者でなくなった日	7. 平成 9. 令和	⑭ 理由	1. 死亡 2. 就職 3. 収入超過 4. 75歳到達 5. 障害認定 6. その他	⑮ 備考	※ 続柄確認済み <input type="checkbox"/>	

R3.01 改訂

【注】・記入漏れのないように記載し、必要書類を添えて提出してください。  
 ・被保険者氏名欄の捺印は、被保険者が自ら記入(自筆)する場合または自筆でない場合でも事業主が事業主記入欄にて証明する場合は省略できます。  
 ・扶養から除く場合は、その方の健康保険被保険者証を添えて提出してください。  
 ・被扶養者氏名欄は13文字以内(氏と名の間のスペース含む)にご記入ください。(カナと英字の場合は25文字以内)  
 ・消せるボールペンでは記入しないでください。

《申請ルート》 被保険者 → 勤務先総務部門 → 健康保険組合、任意継続・特例退職被保険者 → 健康保険組合



# 健康保険 被扶養者(異動)届

※ 健保記入欄		
常務理事	事務長	担当

決裁印	受付印

平成 31 年 2 月 1 日

**記入例  
死亡**

事業所整理記号	
被保険者の前年の源泉徴収額(年収)	令和 年 源泉徴収額 円
事業所所在地	〒
事業所名称	任意継続・特例退職の方は事業主の証明は不要です
事業主氏名	
電話番号	( )
確認欄	この届出および添付の生計維持関係申告書については、①又は②の要件を満たしたものである。 <input type="checkbox"/> ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 <input type="checkbox"/> 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。
事業主等受付年月日	令和 年 月 日

自筆する場合または自筆でない場合でも事業主が事業主記入欄にて証明する場合は省略できます

A. 被保険者欄	① 記号	1010	② (フリガナ) ケンボ タロウ	③ 年 月 日	5. 昭和 年 月 日 7. 平成 03 02 01 9. 令和	④ 性別	1. 男 2. 女
	⑤ 取得年月日	5. 昭和 28 08 01 7. 平成 9. 令和	⑥ 氏名	健保 太郎	⑦ 生年月日	⑧ 性別	1. 男 2. 女
	⑨ 記号番号	101234	⑩ 氏名	健保 太郎	⑪ 生年月日	⑫ 性別	1. 男 2. 女
	⑬ 取得年月日	5. 昭和 28 08 01 7. 平成 9. 令和	⑭ 氏名	健保 太郎	⑮ 生年月日	⑯ 性別	1. 男 2. 女
	⑰ 取得年月日	5. 昭和 28 08 01 7. 平成 9. 令和	⑱ 氏名	健保 太郎	⑲ 生年月日	⑳ 性別	1. 男 2. 女
	⑳ 取得年月日	5. 昭和 28 08 01 7. 平成 9. 令和	㉑ 氏名	健保 太郎	㉒ 生年月日	㉓ 性別	1. 男 2. 女
	㉔ 取得年月日	5. 昭和 28 08 01 7. 平成 9. 令和	㉕ 氏名	健保 太郎	㉖ 生年月日	㉗ 性別	1. 男 2. 女
	㉘ 取得年月日	5. 昭和 28 08 01 7. 平成 9. 令和	㉙ 氏名	健保 太郎	㉚ 生年月日	㉛ 性別	1. 男 2. 女
	㉜ 取得年月日	5. 昭和 28 08 01 7. 平成 9. 令和	㉝ 氏名	健保 太郎	㉞ 生年月日	㉟ 性別	1. 男 2. 女
	㊱ 取得年月日	5. 昭和 28 08 01 7. 平成 9. 令和	㊲ 氏名	健保 太郎	㊳ 生年月日	㊴ 性別	1. 男 2. 女
	㊵ 取得年月日	5. 昭和 28 08 01 7. 平成 9. 令和	㊶ 氏名	健保 太郎	㊷ 生年月日	㊸ 性別	1. 男 2. 女
	㊹ 取得年月日	5. 昭和 28 08 01 7. 平成 9. 令和	㊺ 氏名	健保 太郎	㊻ 生年月日	㊼ 性別	1. 男 2. 女
	㊽ 取得年月日	5. 昭和 28 08 01 7. 平成 9. 令和	㊾ 氏名	健保 太郎	㊿ 生年月日	㊿ 性別	1. 男 2. 女

※事業主が、認定を受ける方の続柄を公的書類で確認した場合は、B欄④(又はC欄③)の「続柄確認済み」の口に入力してください(同居者に限る)

B. 配偶者である被扶養者欄	① (フリガナ) ケンボ アキラ	② 生年月日	5. 昭和 年 月 日 7. 平成 24 06 17 9. 令和	③ 性別	1. 男 2. 女	④ 続柄	1. 夫 3. 夫(未届) 2. 妻 4. 妻(未届)
	⑤ 氏名	健保 明	⑥ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他( )	⑦ 年 月 日	⑧ 年収	万円
⑨ 被扶養者になった日	7. 平成 年 月 日 9. 令和	⑩ 理由	1. 出生 2. 離婚 3. 収入減 4. 同居 5. その他( )	⑪ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他( )	⑫ 年 月 日	万円
⑬ 被扶養者でなくなった日	7. 平成 年 月 日 9. 令和	⑭ 理由	1. 就職 2. 収入超過 3. 離婚 4. 死亡( 年 月 日) 5. 75歳到達 6. その他( )	⑮ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他( )	⑯ 年 月 日	万円

申請対象者が配偶者の場合はB欄  
配偶者以外の場合はC欄  
に記入してください

C. その他の被扶養者欄1	① (フリガナ) ケンボ アキラ	② 生年月日	5. 昭和 年 月 日 7. 平成 24 06 17 9. 令和	③ 性別	1. 男 2. 女	④ 続柄	※子の場合は、長男 二女、養子など 戸籍上の続柄を記入
	⑤ 氏名	健保 明	⑥ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他( )	⑦ 年 月 日	⑧ 年収	万円
⑨ 被扶養者になった日	7. 平成 年 月 日 9. 令和	⑩ 理由	1. 出生 2. 離婚 3. 収入減 4. 同居 5. その他( )	⑪ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他( )	⑫ 年 月 日	万円
⑬ 被扶養者でなくなった日	7. 平成 年 月 日 9. 令和	⑭ 理由	1. 就職 2. 収入超過 3. 離婚 4. 死亡( 年 月 日) 5. 75歳到達 6. その他( )	⑮ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他( )	⑯ 年 月 日	万円

死亡日の翌日を記入してください

死亡日を記入してください

C. その他の被扶養者欄2	① (フリガナ) ケンボ アキラ	② 生年月日	5. 昭和 年 月 日 7. 平成 24 06 17 9. 令和	③ 性別	1. 男 2. 女	④ 続柄	※子の場合は、長男 二女、養子など 戸籍上の続柄を記入
	⑤ 氏名	健保 明	⑥ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他( )	⑦ 年 月 日	⑧ 年収	万円
⑨ 被扶養者になった日	7. 平成 年 月 日 9. 令和	⑩ 理由	1. 出生 2. 離婚 3. 収入減 4. 同居 5. その他( )	⑪ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他( )	⑫ 年 月 日	万円
⑬ 被扶養者でなくなった日	7. 平成 年 月 日 9. 令和	⑭ 理由	1. 就職 2. 収入超過 3. 離婚 4. 死亡( 年 月 日) 5. 75歳到達 6. その他( )	⑮ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他( )	⑯ 年 月 日	万円

【注】・記入漏れのないよう記載し、必要書類を添えて提出してください。

- ・被保険者氏名欄の捺印は、被保険者が自ら記入(自筆)する場合または自筆でない場合でも事業主が事業主記入欄にて証明する場合は省略できます。
- ・扶養から除く場合は、その方の健康保険被保険者証を添えて提出してください。
- ・被扶養者氏名欄は13文字以内(氏と名の間のスペース含む)にご記入ください。(カナと英字の場合は25文字以内)
- ・消せるボールペンでは記入しないでください。

R3.01 改訂

《申請ルート》 被保険者 → 勤務先総務部門 → 健康保険組合、 任意継続・特例退職被保険者 → 健康保険組合

健康保険 被扶養者(異動)届

平成 31 年 2 月 1 日

記入例  
後期高齢加入

※ 健保記入欄		
常務理事	事務長	担当

決裁印	受付印

事業主記入欄

事業所整理記号		令和 年 源泉徴収額	申請対象者が子(実子・養子・配偶者の子)の場合で、配偶者を扶養に入れていない場合は必ず記入してください
被保険者の前年の源泉徴収額(年収)		円	
事業所所在地	任意継続・特例退職の方は事業主の証明は不要です		
事業所名称			
事業主氏名			
電話番号			
確認欄	この届出および添付の生計維持関係申告書については、①又は②の要件を満たしたものである。 <input type="checkbox"/> ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 <input type="checkbox"/> ② 記載内容については誤りがなく申請者本人が確認している。		
事業主等受付年月日	令和 年 月 日		

自筆する場合または自筆でない場合でも事業主が事業主記入欄にて証明する場合は省略できます

A. 被保険者欄	① 記号	1010	② (フリガナ) ケンボ タロウ	③ 年 月 日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	03 02 01	④ 性別	1. 男 2. 女
	⑤ 氏名	健保 太郎	⑥ 生年月日	03 02 01	⑦ 性別	1. 男 2. 女	⑧ 国籍	1. 日本 2. 外国
	⑨ 取得年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	28 08 01	⑩ 住民票登録住所	〒 123 - 0011 TEL 03-1234-5678	東京都港区南青山1-2-3 ホンダマンション101号室		

※事業主が、認定を受ける方の続柄を公的書類で確認した場合は、B欄⑩(又はC欄⑬)の「続柄確認済み」の口に入力してください(同居者に限る)

B. 配偶者である被扶養者欄	① 氏名	(フリガナ) ケンボ ヨシコ	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	19 01 20	③ 性別	1. 男 2. 女	④ 続柄	1. 夫 3. 夫(未届) 2. 妻 4. 妻(未届)
	⑤ 氏名	健保 良子	⑥ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	19 01 20	⑦ 性別	1. 男 2. 女	⑧ 国籍	1. 日本 2. 外国
	⑨ 被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和	31 01 20	⑩ 理由	1. 出生 2. 離婚 3. 収入減 4. 同居 5. その他	⑪ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他	⑫ 年収	万円

申請対象者が配偶者の場合はB欄 配偶者以外の場合はC欄 に記入してください

C. その他の被扶養者欄1	① 氏名	(フリガナ) ケンボ ヨシコ	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	19 01 20	③ 性別	1. 男 2. 女	④ 続柄	※子の場合は、長男 二女、養子など 戸籍上の続柄を記入
	⑤ 氏名	健保 良子	⑥ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	19 01 20	⑦ 性別	1. 男 2. 女	⑧ 国籍	1. 日本 2. 外国
	⑨ 被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和	31 01 20	⑩ 理由	1. 出生 2. 離婚 3. 収入減 4. 同居 5. その他	⑪ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他	⑫ 年収	30 万円

C. その他の被扶養者欄2	① 氏名	(フリガナ) ケンボ ヨシコ	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	19 01 20	③ 性別	1. 男 2. 女	④ 続柄	※子の場合は、長男 二女、養子など 戸籍上の続柄を記入
	⑤ 氏名	健保 良子	⑥ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	19 01 20	⑦ 性別	1. 男 2. 女	⑧ 国籍	1. 日本 2. 外国
	⑨ 被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和	31 01 20	⑩ 理由	1. 出生 2. 離婚 3. 収入減 4. 同居 5. その他	⑪ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他	⑫ 年収	万円

75歳のお誕生日を記入してください

C. その他の被扶養者欄3	① 氏名	(フリガナ) ケンボ ヨシコ	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	19 01 20	③ 性別	1. 男 2. 女	④ 続柄	※子の場合は、長男 二女、養子など 戸籍上の続柄を記入
	⑤ 氏名	健保 良子	⑥ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	19 01 20	⑦ 性別	1. 男 2. 女	⑧ 国籍	1. 日本 2. 外国
	⑨ 被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和	31 01 20	⑩ 理由	1. 出生 2. 離婚 3. 収入減 4. 同居 5. その他	⑪ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他	⑫ 年収	万円

R3.01 改訂

- 【注】・記入漏れのないように記載し、必要書類を添えて提出してください。  
 ・被保険者氏名欄の捺印は、被保険者が自ら記入(自筆)する場合または自筆でない場合でも事業主が事業主記入欄にて証明する場合は省略できます。  
 ・扶養から除く場合は、その方の健康保険被保険者証を添えて提出してください。  
 ・被扶養者氏名欄は13文字以内(氏と名の間のスペース含む)にご記入ください。(カナと英字の場合は25文字以内)  
 ・消せるボールペンでは記入しないでください。

《申請ルート》 被保険者 → 勤務先総務部門 → 健康保険組合、任意継続・特例退職被保険者 → 健康保険組合

健康保険 被扶養者(異動)届 訂正届

※ 健保記入欄		
常務理事	事務長	担当

赤字で記入してください

記入例 訂正届

平成 31 年 2 月 1 日

事業主記入欄	事業所整理記号	
	被保険者の前年の源泉徴収額(年収)	令和 年 源泉徴収額 円 申請対象者が子(実子・養子・配偶者の子)の場合で、配偶者を扶養に入れていない場合は必ず記入してください
	事業所所在地	
	事業所名称	任意継続・特例退職の方は事業主の証明は不要です
	事業主氏名 電話番号	
確認欄	この届出および添付の生計維持関係申告書については、①又は②の要件を満たしたものである。 <input type="checkbox"/> 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く申請者本人が確認している。	
事業主等受付年月日	令和 年 月 日	

決裁印	受付印

自筆する場合または自筆でない場合でも事業主が事業主記入欄にて証明する場合は省略できます

A. 被保険者欄	① 記号	1010	② (フリガナ) ケンボ タロウ	③ 年 月 日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 03 02 01	④ 性別	1. 男 2. 女
	⑤ 取得年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 28 08 01	⑥ 氏名	健保 太郎	TEL	03-1234-5678	
	住所	東京都港区南青山1-2-3 ホンダマンション101号室					

間違いを赤で記入してください

※事業主が、認定を受ける方の続柄を公的書類で確認した場合は、B欄④(又はC欄④)は記入不要(同居者に限る)

B. 配偶者である被扶養者欄	① (フリガナ) ケンボ ハナコ	② 氏名	健保 花子	③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 03 02 01	④ 続柄	1. 夫 3. 夫(未婚) 2. 妻 4. 妻(未婚)
	⑤ 性別	1. 男 2. 女	⑥ 外国人通称名		⑦ 外国人通称名		
	⑧ 被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和	⑨ 理由	1. 入社に伴う 2. 婚姻 3. 離婚 4. 収入減少 5. その他	⑩ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他	⑪ 年収
⑫ 被扶養者でなくなった日	7. 平成 9. 令和	⑬ 理由	1. 就職 2. 収入超過 3. 離婚 4. 死亡 5. 75歳到達 6. その他	⑭ 備考	生年月日の訂正 ※ 続柄確認済み <input type="checkbox"/>		

訂正内容を記入してください

C. その他の被扶養者欄1	① (フリガナ) (氏名)	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	③ 性別	1. 男 2. 女	④ 続柄	※子の場合は、長男 二女、養子など 戸籍上の続柄を記入
	⑤ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他	⑥ 住民票登録住所	〒	⑦ 年収	万円	⑧ 個人番号
	⑨ 被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和	⑩ 理由	1. 出生 2. 離婚 3. 収入減 4. 同居 5. その他	⑪ 備考	※ 続柄確認済み <input type="checkbox"/>	

C. その他の被扶養者欄2	① (フリガナ) (氏名)	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	③ 性別	1. 男 2. 女	④ 続柄	※子の場合は、長男 二女、養子など 戸籍上の続柄を記入
	⑤ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他	⑥ 住民票登録住所	〒	⑦ 年収	万円	⑧ 個人番号
	⑨ 被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和	⑩ 理由	1. 出生 2. 離婚 3. 収入減 4. 同居 5. その他	⑪ 備考	※ 続柄確認済み <input type="checkbox"/>	

C. その他の被扶養者欄3	① (フリガナ) (氏名)	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	③ 性別	1. 男 2. 女	④ 続柄	※子の場合は、長男 二女、養子など 戸籍上の続柄を記入
	⑤ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他	⑥ 住民票登録住所	〒	⑦ 年収	万円	⑧ 個人番号
	⑨ 被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和	⑩ 理由	1. 出生 2. 離婚 3. 収入減 4. 同居 5. その他	⑪ 備考	※ 続柄確認済み <input type="checkbox"/>	

R3.01 改訂

【注】・記入漏れのないよう記載し、必要書類を添えて提出してください。  
 ・被保険者氏名欄の捺印は、被保険者が自ら記入(自筆)する場合または自筆でない場合でも事業主が事業主記入欄にて証明する場合は省略できます。  
 ・扶養から除く場合は、その方の健康保険被保険者証を添えて提出してください。  
 ・被扶養者氏名欄は13文字以内(氏と名の間のスペース含む)にご記入ください。(カナと英字の場合は25文字以内)  
 ・消せるボールペンでは記入しないでください。

《申請ルート》 被保険者 → 勤務先総務部門 → 健康保険組合、任意継続・特例退職被保険者 → 健康保険組合