

健康保険被扶養者(異動)届

《記入例(減)》

健康保険は和暦での記載が決められています。

太枠内をご記入ください。

|                       |              |            |  |  |  |              |        |    |  |  |     |            |                                                                                                      |   |   |    |         |   |   |     |                                       |                            |  |  |
|-----------------------|--------------|------------|--|--|--|--------------|--------|----|--|--|-----|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|----|---------|---|---|-----|---------------------------------------|----------------------------|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>欄 | 被保険者証<br>記 号 | 8000       |  |  |  | 被保険者証<br>番 号 | 1234   |    |  |  | 事業所 | 奈良         |                                                                                                      |   |   | 所属 | 総務部総務GP |   |   |     |                                       |                            |  |  |
|                       | 氏 名          | (フリガナ) ケンポ |  |  |  |              | タロウ    |    |  |  |     | 生年月日       | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 5 | 1 | 0  | 3       | 1 | 0 | 性 別 | <input checked="" type="checkbox"/> 男 | <input type="checkbox"/> 女 |  |  |
|                       |              | (氏) 健保     |  |  |  |              | (名) 太郎 |    |  |  |     | 住民票<br>住所  | 〒 111 - 2222<br>奈良県奈良市四条町100                                                                         |   |   |    |         |   |   |     |                                       |                            |  |  |
|                       | 社員番号         | 1999999    |  |  |  |              | 年齢     | 45 |  |  |     | 現在居住<br>住所 | 〒 - (住民票住所と居所が同じ場合は記入不要)<br>住民票住所と居住住所が同じ場合は記入不要                                                     |   |   |    |         |   |   |     |                                       |                            |  |  |

|                            |                 |                                                                                                                                                                     |   |   |   |    |        |   |     |                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                                        |                                                                                                      |                                        |   |                        |                                                              |   |   |     |                            |                                       |  |
|----------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|----|--------|---|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---|------------------------|--------------------------------------------------------------|---|---|-----|----------------------------|---------------------------------------|--|
| 被<br>扶<br>養<br>者<br>欄<br>① | 氏 名             | (フリガナ) ケンポ                                                                                                                                                          |   |   |   |    | ハナコ    |   |     |                                                                                                                                                                                                                                                              |            | 生年月日                                   | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 5                                      | 6 | 0                      | 2                                                            | 1 | 0 | 性 別 | <input type="checkbox"/> 男 | <input checked="" type="checkbox"/> 女 |  |
|                            |                 | (氏) 健保                                                                                                                                                              |   |   |   |    | (名) 花子 |   |     |                                                                                                                                                                                                                                                              |            | 住民票<br>住所                              | <input checked="" type="checkbox"/> 同居<br><input type="checkbox"/> 別居                                | 別居の場合は別居の住所を記入してください 〒 -<br>扶養減の時は記入不要 |   |                        |                                                              |   |   |     |                            |                                       |  |
|                            | 続 柄             | 配偶者                                                                                                                                                                 |   |   |   | 年齢 | 40     |   |     |                                                                                                                                                                                                                                                              | 現在居住<br>住所 | 〒 - (住民票住所と居所が同じ場合は記入不要)<br>扶養減の時は記入不要 |                                                                                                      |                                        |   |                        |                                                              |   |   |     |                            |                                       |  |
|                            | 職 業             | <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 年金受給者<br><input type="checkbox"/> 学生 <input checked="" type="checkbox"/> その他(会社員) |   |   |   |    |        |   |     |                                                                                                                                                                                                                                                              |            | 収 入<br>(年収見込)                          | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                     |                                        |   |                        | 有の場合は金額を記入<br>扶養減は記入不要 円                                     |   |   |     |                            |                                       |  |
| 増                          | 被扶養者<br>になった日   | 令和                                                                                                                                                                  |   | 年 |   | 月  |        | 日 | 理 由 | <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 扶養異動<br><input type="checkbox"/> 入社(被保険者資格取得) <input type="checkbox"/> 失業給付受給終了<br><input type="checkbox"/> その他( ) |            |                                        |                                                                                                      |                                        |   | 資格確認書<br>発行要否          | <input type="checkbox"/> 発行が必要<br>理由番号( )<br>※右下の注意事項①から⑦を選択 |   |   |     |                            |                                       |  |
|                            |                 |                                                                                                                                                                     |   |   |   |    |        |   |     |                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                                        |                                                                                                      |                                        |   |                        |                                                              |   |   |     |                            |                                       |  |
| 減                          | 被扶養者で<br>なくなった日 | 令和                                                                                                                                                                  | 0 | 6 | 0 | 4  | 0      | 1 | 理 由 | <input checked="" type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 扶養異動<br><input type="checkbox"/> 後期高齢者(75歳到達) <input type="checkbox"/> 死亡(令和 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> その他( )              |            |                                        |                                                                                                      |                                        |   | ※扶養(減)の場合は、保険証の返却が必要です |                                                              |   |   |     |                            |                                       |  |
|                            |                 |                                                                                                                                                                     |   |   |   |    |        |   |     |                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                                        |                                                                                                      |                                        |   |                        |                                                              |   |   |     |                            |                                       |  |

|                            |                 |                                                                                                                                                        |  |   |  |    |     |   |     |                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                          |                                                                                           |                          |  |                        |                                                              |  |   |  |  |   |     |                            |                            |
|----------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|--|----|-----|---|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--|------------------------|--------------------------------------------------------------|--|---|--|--|---|-----|----------------------------|----------------------------|
| 被<br>扶<br>養<br>者<br>欄<br>① | 氏 名             | (フリガナ)                                                                                                                                                 |  |   |  |    |     |   |     |                                                                                                                                                                                                                                                              |            | 生年月日                     | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 |                          |  | 年                      |                                                              |  | 月 |  |  | 日 | 性 別 | <input type="checkbox"/> 男 | <input type="checkbox"/> 女 |
|                            |                 | (氏)                                                                                                                                                    |  |   |  |    | (名) |   |     |                                                                                                                                                                                                                                                              |            | 住民票<br>住所                | <input type="checkbox"/> 同居<br><input type="checkbox"/> 別居                                | 別居の場合は別居の住所を記入してください 〒 - |  |                        |                                                              |  |   |  |  |   |     |                            |                            |
|                            | 続 柄             |                                                                                                                                                        |  |   |  | 年齢 |     |   |     |                                                                                                                                                                                                                                                              | 現在居住<br>住所 | 〒 - (住民票住所と居所が同じ場合は記入不要) |                                                                                           |                          |  |                        |                                                              |  |   |  |  |   |     |                            |                            |
|                            | 職 業             | <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 年金受給者<br><input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他( ) |  |   |  |    |     |   |     |                                                                                                                                                                                                                                                              |            | 収 入<br>(年収見込)            | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                     |                          |  |                        | 有の場合は金額を記入 円                                                 |  |   |  |  |   |     |                            |                            |
| 増                          | 被扶養者<br>になった日   | 令和                                                                                                                                                     |  | 年 |  | 月  |     | 日 | 理 由 | <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 扶養異動<br><input type="checkbox"/> 入社(被保険者資格取得) <input type="checkbox"/> 失業給付受給終了<br><input type="checkbox"/> その他( ) |            |                          |                                                                                           |                          |  | 資格確認書<br>発行要否          | <input type="checkbox"/> 発行が必要<br>理由番号( )<br>※右下の注意事項①から⑦を選択 |  |   |  |  |   |     |                            |                            |
|                            |                 |                                                                                                                                                        |  |   |  |    |     |   |     |                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                          |                                                                                           |                          |  |                        |                                                              |  |   |  |  |   |     |                            |                            |
| 減                          | 被扶養者で<br>なくなった日 | 令和                                                                                                                                                     |  | 年 |  | 月  |     | 日 | 理 由 | <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 扶養異動<br><input type="checkbox"/> 後期高齢者(75歳到達) <input type="checkbox"/> 死亡(令和 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> その他( )                         |            |                          |                                                                                           |                          |  | ※扶養(減)の場合は、保険証の返却が必要です |                                                              |  |   |  |  |   |     |                            |                            |
|                            |                 |                                                                                                                                                        |  |   |  |    |     |   |     |                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                          |                                                                                           |                          |  |                        |                                                              |  |   |  |  |   |     |                            |                            |

提出日: 0000年 00月 00日

■注意事項(資格確認書の発行要否について)

資格確認書の発行は下記のいずれかに該当する場合に限ります。  
該当しない場合は発行できません。

- ①マイナンバーカードを紛失したため
- ②マイナンバーカードの更新手続き中のため
- ③マイナンバーの電子証明書の有効期限が切れているため
- ④マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていないため
- ⑤マイナンバカードを作っていないため
- ⑥マイナンバカードを返納したため
- ⑦マイナンバカードの保険証利用登録解除を申請したため  
⇒自身の過去の健康医療情報に基づいたよりよい医療を受けるこ

|            |   |
|------------|---|
| 事業所<br>所在地 | 〒 |
| 事業所<br>名 称 |   |
| 事業主<br>氏 名 |   |