

健康保険被扶養者（異動）届

記入例（削除）

正

※ 扶養追加の場合は同届書と一緒に「扶養関係現況書」を必ず添付してください。（申請書No.109）

被保険者欄	種類	<input type="checkbox"/> 追加	<input checked="" type="checkbox"/> 削除	<input type="checkbox"/> 変更
	被保険者記号	306	被保険者番号	1234
	氏名	(フリガナ) ケンポ (氏) 健保	(フリガナ) イチロウ (名) 一郎	生年月日
住所	〒123 - 4567 東京都 文京区 湯島3丁目15番地4号			

添付不要です

チェック☑を忘れないでください。

被扶養者欄 1	氏名	(フリガナ) ケンポ (氏) 健保	(フリガナ) ハナコ (名) 花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 53年 6月 3日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	
	続柄	<input type="checkbox"/> 夫 <input checked="" type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 長男 <input type="checkbox"/> 二男 <input type="checkbox"/> 長女 <input type="checkbox"/> 二女 <input type="checkbox"/> その他()						
	追加	※扶養追加の場合は必ず記入してください。扶養削除の際は不要です。 ※別居1、「被保険者が単身赴任中」に☑の場合は住民票の住所を記入してください。国内居住の事実確認の為、住民票を提出してください。						
	削除	被扶養者でなくなった日 (削除日) 令和 6年 12月 1日 理由 <input checked="" type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入増加 <input type="checkbox"/> 死亡 (死亡日: 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> その他()						

追加欄は記入不要

被扶養者欄 1	氏名	(フリガナ) _____ (氏) _____	(フリガナ) _____ (名) _____	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	住所	<input type="checkbox"/> 国内居住 <input type="checkbox"/> 海外居住						
	追加	記入日は扶養が終了した翌日となります。削除日が分からないときは、ホームページ内の「家族が加入からはずれるとき」>「削除理由及び削除日一覧」を確認してください。						
	削除	「国民健康保険」に加入される方は、「その他」にチェックして「国民健康保険加入」と記入してください。また、特記事項があればご記入ください。						

新しい保険証の写しなど、添付書類は不要です。

同届書と保険証（高齢受給者証）を一緒にご提出ください。

【事業主様へ】必ずチェックしてご提出してください。

【事業主様へ】チェック不要です

(扶養追加の申請でチェックが無い場合は、追加の添付書類が必要となることがあります。)

- ① 被保険者本人が作成している。または、記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認している。
- ② 事業主は住民票や戸籍謄本等で扶養認定を受ける方の続柄が届書の記載と相違ないことを確認している。

事業所所在地	〒000 - 0000 東京都 文京区 湯島 ▲丁目 □番地 ×号
事業所名称	〇〇〇株式会社
事業主氏名	代表取締役 電機 太郎
電話番号	03 (3834) 7213

提出	令和 年 月 日	受付	年 月 日
【事業主様へ】記入漏れがあると返戻させていただきますので、ご注意ください。			
社会保険労務士の提出代行者記載欄			