

5日以内に管轄総務課に提出してください  
("削除"の場合、該当者の保険証や資格確認書が  
交付されている場合は添付すること)

決 裁 欄	常務理事	事務長	担当者

### 健康保険被扶養者（異動）届

被 保 険 者 欄	被保険者等の 記号	被保険者等の 番号	生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	性別	1.男 2.女
	(フリガナ)		資格取得 年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	備考	
	氏名 (氏)	(名)	住所	〒 -					

被 扶 養 者 欄 1	異動内容	加入	削除	(フリガナ)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女	続柄	
	氏名 (氏)	(名)	住所	1.同居 別居の場合 〒 - 2.別居									
	異動 年月日	9.令和	年	月	日	理由	結婚・出生・就職・退職・死亡 その他( )			職業		収入 (年収)	円
	個人番号										備考	※資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要	
	認定 年月日	9.令和	年	月	日	削除 年月日	9.令和	年	月	日	※下記【注意事項】欄をご確認ください		

被 扶 養 者 欄 2	異動内容	加入	削除	(フリガナ)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女	続柄	
	氏名 (氏)	(名)	住所	1.同居 別居の場合 〒 - 2.別居									
	異動 年月日	9.令和	年	月	日	理由	結婚・出生・就職・退職・死亡 その他( )			職業		収入 (年収)	円
	個人番号										備考	※資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要	
	認定 年月日	9.令和	年	月	日	削除 年月日	9.令和	年	月	日	※下記【注意事項】欄をご確認ください		

被 扶 養 者 欄 3	異動内容	加入	削除	(フリガナ)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女	続柄	
	氏名 (氏)	(名)	住所	1.同居 別居の場合 〒 - 2.別居									
	異動 年月日	9.令和	年	月	日	理由	結婚・出生・就職・退職・死亡 その他( )			職業		収入 (年収)	円
	個人番号										備考	※資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要	
	認定 年月日	9.令和	年	月	日	削除 年月日	9.令和	年	月	日	※下記【注意事項】欄をご確認ください		

#### 【注意事項】

- ・ **太枠内のみ**本人がすべて記入してください
- ・ 異動内容の欄は、被扶養者が増えるときは「加入」を、減るときは「削除」を○で囲む。
- ・ 添付書類はホームページ「提出書類一覧表」を参照ください
- ・ 異動年月日の欄は、異動理由の発生した日（死亡の場合は翌日）を記入する。
- ・ 扶養認定日は、出生を除き原則として決済日となります
- ・ 異動理由の欄は、該当理由を○で囲む。「その他」の場合は具体的に記入する。
- ・ 消せるボールペンは使用不可です
- ・ 職業の欄は、「小学〇年生」、「会社員」「パート」等具体的に記入する。
- ・ **マイナ保険証の利用ができない方は【資格確認書発行要否：発行が必要】にチェックを入れてください。**
- ・ **(健保で確認しマイナ保険証の登録されている場合は原則交付をしません)**

LIXIL健康保険組合 理事長殿 上記のとおり、被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出いたします。	管轄総務受付 令和 年 月 日	健保組合受付 令和 年 月 日
<事業所> 所在地	<管轄名>	
名称	<担当者印>	
事業主 氏名		

5日以内に管轄総務課に提出してください  
("削除"の場合、該当者の保険証や資格確認書が  
交付されている場合は添付すること)

記入見本

Table with columns: 常務理事, 事務長, 担当者. Row: 決裁欄.

健康保険被扶養者(異動)届

Form for insured person: 被保険者欄. Fields include: 被保険者等の記号 (131), 被保険者等の番号 (00000), 生年月日 (5.昭和, 7.平成), 性別 (1.男), 氏名 (ケンボ タロウ), 資格取得年月日 (5.昭和, 7.平成, 9.令和), 住所 (東京都00区00町0-0-0).

\*住所の記入\*  
被保険者の現住所を記入すること

Form for dependent 1: 被扶養者欄 1. Fields include: 異動内容 (加入), 氏名 (ケンボ ハナコ), 生年月日 (5.昭和, 7.平成, 9.令和), 性別 (1.男, 2.女), 続柄 (妻), 理由 (結婚), 職業 (無職), 収入 (年収), 資格確認書発行要否 (発行が必要).

扶養削除の場合

\*資格確認書発行要否の記入\*  
マイナ保険証の利用ができない場合のみ  
チェックをお願いします。  
※健保でマイナ保険証の登録を確認できた場  
合は原則交付いたしません。

\*続柄の記入\*  
子の場合、「子」ではなく、  
長男・二男・・・、長女・二  
女・・・

Form for dependent 2: 被扶養者欄 2. Fields include: 異動内容 (加入), 氏名 (ケンボ イチロウ), 生年月日 (5.昭和, 7.平成, 9.令和), 性別 (1.男), 続柄 (長男), 理由 (就職), 職業 (会社員), 収入 (年収 3,600千), 住所 (神奈川県00市00町0-0-0).

\*住所の記入\*  
住所が被保険者と別居の場合、別居に○をつけ  
た上で、別居先の住所を記入すること

Form for dependent 3: 被扶養者欄 3. Fields include: 異動内容 (加入), 氏名 (ケンボ), 生年月日 (9.令和), 理由 (異動理由), 資格確認書発行要否 (発行が必要).

\*異動年月日・異動理由は必ず記入\*  
異動理由の該当するものに○をつけた上で、「その他」の場合は具体的に  
記入)  
・退職による扶養加入 → 退職日の翌日  
・出生による扶養加入 → 子の生年月日  
・就職による扶養削除 → 原則就職日 (※)  
・死亡による扶養削除 → 死亡日の翌日  
・離婚による扶養削除 → 離婚日  
等、異動理由の発生した日を記入すること

【注意事項】

- ・太枠内のみ本人がすべて記入してください
- ・異動内容の欄は、被扶養者が増えるときは「加入」を、減るときは「削除」を○で囲む。
- ・添付書類はホームページ「提出書類一覧表」を参照ください
- ・異動年月日の欄は、異動理由の発生した日(死亡の場合は翌日)を記入する。
- ・扶養認定日は、出生を除き原則として決済日となります
- ・異動理由の欄は、該当理由を○で囲む。「その他」の場合は具体的に記入する。
- ・消せるボールペンは使用不可です
- ・職業の欄は、「小学〇年生」、「会社員」「パート」等具体的に記入する。
- ・マイナ保険証の利用ができない方は【資格確認書発行要否:発行が必要】にチェックを入れてください。

(健保で確認しマイナ保険証の登録されている場合は原則交付をしません)

Form for company information: LIXIL健康保険組合 理事長殿. Fields include: 管轄総務受付, 健保組合受付, 所在地, 名称, 事業主氏名.