

5日以内に健保組合に提出してください  
("削除"の場合、該当者の保険証または資格確認書を添付すること)

決 裁 欄	常務理事	事務長	担当者

### 健康保険被扶養者 (異動) 届

任意継続の加入後に新たに扶養加入・削除が発生した時に提出ください。

被 保 険 者 欄	被保険者等の 記号	200	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)		(氏)	(名)	資格取得 年月日	5.昭和 7.平成 9.令和		年		月		日	備考		
	住所	〒													

※記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書のいずれかで確認ください。

被 扶 養 者 欄	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)	住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒													
	異動 年月日	7.平成 9.令和			理由	結婚・出生・就職・退職・死亡 その他( )	職業		収入 (年収)		円							
1	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	7.平成 9.令和			削除 年月日	7.平成 9.令和												

被 扶 養 者 欄	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)	住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒													
	異動 年月日	7.平成 9.令和			理由	結婚・出生・就職・退職・死亡 その他( )	職業		収入 (年収)		円							
2	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	7.平成 9.令和			削除 年月日	7.平成 9.令和												

被 扶 養 者 欄	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)	住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒													
	異動 年月日	7.平成 9.令和			理由	結婚・出生・就職・退職・死亡 その他( )	職業		収入 (年収)		円							
3	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	7.平成 9.令和			削除 年月日	7.平成 9.令和												

- ・ **太枠内のみ**本人がすべて記入してください
- ・ 添付書類はホームページ「**必要書類1~3に該当する書類**」を参照ください
- ・ 扶養認定日は、出生を除き原則として決済日となります
- ・ **消せるボールペンは使用不可**です
- ・ 加入の場合は、**状況届**も必要になります。
- ・ **資格確認書が必要な方は【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。**
- ・ **異動内容**：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
- ・ **異動年月日**：異動理由の発生した日(死亡の場合は翌日)を記入する。
- ・ **異動理由**：該当理由を○で囲む。「その他」の場合は具体的に記入する。
- ・ **職業**：「小学○年生」、「会社員」「パート」等具体的に記入する。
- ・ **収入**：年収の概算額を記入する。

健保組合受付
令和 年 月 日