

健康保険 被扶養者（異動）届

記入例

(家族を扶養からはずすとき)

扶養からはずす被扶養者の健康保険証を必ず添付する。

事業所に提出する日を記入する

【提出日】 令和 1 年 7 月 21 日

被保険者欄	被保険者証の (左づめ)	記号 1 2	番号 3 4 5 6 7 8	氏名 (フリガナ) オオイト カズヤ 大分 和也
	再雇用の場合 旧記番号記入			電話番号 (日中の連絡先) <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 内線 () 090 (0123) 〇〇〇〇 ()
	会社名 事業所・所属	〇〇〇〇〇株式会社 〇〇営業所 〇〇G		

※退職者の方は住所をご記入ください。

被扶養者欄	氏名 (フリガナ) オオイト (氏) 大分 (名) ミキ 美樹	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	同居 / 別居 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 0 5 1 2 0 8	続柄 妻	【健保処理欄】 認定年月日
	被扶養者になった日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 被扶養者になる理由 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 被保険者の就職 <input type="checkbox"/> その他 ()		年 月 日
	被扶養者でなくなった日 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 0 1 0 7 0 1 被扶養者でなくなる理由 <input checked="" type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 75才到達 <input type="checkbox"/> その他 ()		年 月 日

個人番号 [] 備考 []

扶養からはずす日を記入する。
(例)
・就職先の保険証の資格取得年月日
・国保加入日
・年間収入が基準額を超えた日
・75才の誕生日
・死亡した日の翌日

家族を扶養からはずす場合、
個人番号の記入は不要

該当する項目にチェックを入れる。

被保険者との続柄「妻」「長男」「父」などを記入する

被扶養者欄	氏名 (フリガナ) (氏)	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	同居 / 別居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	続柄	【健保処理欄】 認定年月日
	被扶養者になった日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 被扶養者になる理由 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 被保険者の就職 <input type="checkbox"/> その他 ()		年 月 日
	被扶養者でなくなった日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 被扶養者でなくなる理由 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 75才到達 <input type="checkbox"/> その他 ()		年 月 日

個人番号 [] 備考 []

被扶養者欄	氏名 (フリガナ) (氏)	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	同居 / 別居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	続柄	【健保処理欄】 認定年月日
	被扶養者になった日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 被扶養者になる理由 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 被保険者の就職 <input type="checkbox"/> その他 ()		年 月 日
	被扶養者でなくなった日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 被扶養者でなくなる理由 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 75才到達 <input type="checkbox"/> その他 ()		年 月 日

個人番号 [] 備考 []

〔備考〕

受付日付印

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、本人確認のため添付書類が必要です)