

## 健康保険被扶養者（異動）届

|      |    |    |    |
|------|----|----|----|
| 常務理事 | 担当 | 担当 | 担当 |
|      |    |    |    |

記号：100・200・300・400

番号：保険証カードをご確認いただき記入ください。

|           |         |           |            |      |               |
|-----------|---------|-----------|------------|------|---------------|
| 健康保険被保険者証 | 生年月日    | 〒         | 〇〇〇 - 〇〇〇〇 | Tel  | ××× (×××) ××× |
| 記号 - 番号   | 年 月 日   | 住所        | 〇〇〇 - *    | 県〇〇市 |               |
| 〇〇〇 - *   | 平 1 3 1 | 日中繋がる電話番号 | ×          | ×    | ×             |

・住所はマンション名まで記入  
・届出内容について健保組合より確認が入る場合があるため、日中繋がる電話番号を必ず記入

| 異動の種類    | 被扶養者名                 | 性別        | 生年月日                   | 続柄 | 職業  | 収入の種類(注2)<br>年間収入(見込)額 | 別居の場合<br>仕送り金額<br>(月額) | 異動年月日<br>被扶養者となった日<br>または<br>被扶養者でなくなった日 | 異動理由<br>(注3) | (健保記入欄)<br>認定日<br>削除日 |
|----------|-----------------------|-----------|------------------------|----|-----|------------------------|------------------------|------------------------------------------|--------------|-----------------------|
| 追加<br>削除 | (フリガナ) ケボ ハコ<br>健保 花子 | 男<br>女    | 昭<br>平<br>令<br>2 6 1   | 妻  | パート | 給与<br>900,000 円        | 円                      | 令和 2 4 1                                 | 収入減          | 令和 年 月 日              |
|          | 個人番号                  | * * * * * |                        |    |     |                        |                        | 被保険者と (同居・別居) している                       |              | 認定 ・ 削除               |
| 追加<br>削除 | (フリガナ) ケボ 一朗<br>健保 一朗 | 男<br>女    | 昭<br>平<br>令<br>34 3 31 | 実父 | 無職  | 無し<br>0 円              | 円                      | 令和 2 4 1                                 | 退職           | 令和 年 月 日              |
|          | 個人番号                  | * * * * * |                        |    |     |                        |                        | 被保険者と (同居・別居) している                       |              | 認定 ・ 削除               |
| 追加<br>削除 | (フリガナ)                | 男<br>女    |                        |    |     |                        |                        |                                          |              |                       |
|          | 個人番号                  |           |                        |    |     |                        |                        |                                          |              |                       |

「続柄」の記入例

配偶者：妻・夫

子：長男・次男・長女・次女等

親：実父・実母・義父・義母等

「収入の種類」の記入例

：給与・年金・事業所得・不動産所得・失業給付等具体的に記入

「年間収入（見込）額」の記入例

：異動年月日以降、1年間の収入見込を記入

「異動理由」の記入例

追加：被保険者入社・出生・結婚・失業給付受給終了・収入減等

削除：就職・離婚・死亡・失業給付受給開始・収入超過等

追加・削除申請する

ご家族の氏名・生年月日・続柄等を記入

(※個人番号欄への記入は追加の際だけで構いません)

です。必要書類については当健保HPでご確認ください。

添付書類が必要です。

保険証の写し、失業給付開始のとき：雇用保険受給資格者証の写し（両面）

保険証回収日…令和 年 月 日 枚

## 【 添付書類について 】

追加の場合

→「被扶養者状況調査書（16才以上必須）」の他、必要書類（当組合HPで確認）を添付

削除の場合

→削除対象者の当組合の保険証と、削除日が確認できる書類（新しい保険証の写し、受給資格者証等）を添付