健康保険　被扶養者（異動）届

健保使用欄	常務理事	事務長	担当

提出年月日：令和　　年　　月　　日

事業主記入欄

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	（　　）

被扶養者の「該当」と「非該当」は同時に提出できません。
「該当」、「非該当」はそれぞれ別の用紙で提出してください。

確認	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
□	① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

被保険者欄

被保険者等記号番号	記号 番号	氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	生年月日	昭和 平成	年　月　日	性別　男　女
取得年月日	平成 令和　年　月　日	標準報酬月額	千円	住所 ※住民票の住所をご記入ください	〒 電話（自宅） 電話（携帯）		

※続柄は「夫」、「妻」、「長男」、「長女」等、詳しく記入してください

被扶養者欄①

氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）				生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男　女	続柄		世帯	同居 別居
					個人番号										
該当	被扶養者になった日	令和	年	月	日	理由	1. 出生　4. 被保険者入社 2. 退職　5. その他 3. 失業給付受給終了　（　　）			職業又は学年			年間予定収入（税込）	円		
非該当	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	理由	1. 就職、保険加入　4. 死亡 2. 失業給付受給開始　5. その他 3. 75歳到達　（　　）			※認定日						
										※削除日			※回収区分		添付 未回収	
資格確認書の交付	□ 不要（マイナ保険証を持っている）				□ 必要（マイナ保険証を持っていない）					資格確認書申請理由			下記理由欄より番号を記入してください			

被扶養者欄②

氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）				生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男　女	続柄		世帯	同居 別居
					個人番号										
該当	被扶養者になった日	令和	年	月	日	理由	1. 出生　4. 被保険者入社 2. 退職　5. その他 3. 失業給付受給終了　（　　）			職業又は学年			年間予定収入（税込）	円		
非該当	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	理由	1. 就職、保険加入　4. 死亡 2. 失業給付受給開始　5. その他 3. 75歳到達　（　　）			※認定日						
										※削除日			※回収区分		添付 未回収	
資格確認書の交付	□ 不要（マイナ保険証を持っている）				□ 必要（マイナ保険証を持っていない）					資格確認書申請理由			下記理由欄より番号を記入してください			

被扶養者欄③

氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）				生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男　女	続柄		世帯	同居 別居
					個人番号										
該当	被扶養者になった日	令和	年	月	日	理由	1. 出生　4. 被保険者入社 2. 退職　5. その他 3. 失業給付受給終了　（　　）			職業又は学年			年間予定収入（税込）	円		
非該当	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	理由	1. 就職、保険加入　4. 死亡 2. 失業給付受給開始　5. その他 3. 75歳到達　（　　）			※認定日						
										※削除日			※回収区分		添付 未回収	
資格確認書の交付	□ 不要（マイナ保険証を持っている）				□ 必要（マイナ保険証を持っていない）					資格確認書申請理由			下記理由欄より番号を記入してください			

※健保記入欄

受付日付印

資格確認書理由欄

1：マイナンバーカードを紛失したため
2：マイナンバーカードの更新手続き中のため
3：マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため
4：マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていないため
5：マイナンバーカードを作っていないため
6：マイナンバーカードを返納したため
7：マイナ保険証による受診には第三者（介助者など）のサポートが必要なため