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	事業主の証明が必要です。
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 10 / 番号 123	氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）ケンポ タロウ 健保　太郎	生年月日	昭和・平成 5年0月5日
取得年月日	平成・令和 0年1月5日	標準報酬月額	440 千円	性別	男・女
住所 ※住民票の住所をご記入ください	〒 151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷〇ー〇ー〇 電話（自宅） 03（1234）9999 電話（携帯） 090（1234）5678				

※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）ケンポ ハナコ 健保　花子	生年月日	昭和・平成・令和 52年07月01日	性別	男・女
続柄	妻	世帯	同居・別居	個人番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
該当	被扶養者になった日	令和 6年12月05日	理由	1. 出生 2. 退職 3. 失業給付受給終了 4. 被保険者入社 5. その他（　）	職業又は学年：無職
	年間予定収入（税込）	0 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 2. 失業給付受給開始 3. 75歳到達 4. 死亡 5. その他（　）	※認定日 / ※削除日 / ※健保記入欄 / 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 2. 退職 3. 失業給付受給終了 4. 被保険者入社 5. その他（　）	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 2. 失業給付受給開始 3. 75歳到達 4. 死亡 5. その他（　）	※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 2. 退職 3. 失業給付受給終了 4. 被保険者入社 5. その他（　）	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 2. 失業給付受給開始 3. 75歳到達 4. 死亡 5. その他（　）	※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