

記入例

A

担当

健康保険被扶養者異動届 (減らすとき)

被 保 険 者	① 保 険 者 証		② 生 年 月 日		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		5	8	1	0	0	1			
	記号	10	番 号	1 2 3 4 5 6	④ 住 民 票 住 所		〒5〇〇-1234		大阪 <input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input checked="" type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県						
	フリガナ	ケン ポ タ ロウ		③ 氏 名		健 保 太 郎		大阪市△△△△1-2-3							
被 扶 養 者 ②	フリガナ	ケン ポ ハナ コ		続 柄	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	⑧ 生 年 月 日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	6	0	0	7	3	1
	⑤ 氏 名	健 保 花 子		⑥	⑦	妻	⑨ 個 人 番 号	0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 1							
	⑩ 異 動 事 由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 収入増 (<input type="checkbox"/> 社保加入、 <input checked="" type="checkbox"/> 国保加入) <input type="checkbox"/> 給付金受給開始 <input type="checkbox"/> 収入逆転 <input type="checkbox"/> その他 ()													
⑪ 異 動 年 月 日	令和	5	年	5	月	1	日	喪 失 証 明	<input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	削 除 日		健保記入欄 記入しないでください			
被 扶 養 者 ②	フリガナ			続 柄	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生 年 月 日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和						
	氏 名					個 人 番 号									
	異 動 事 由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 収入増 (<input type="checkbox"/> 社保加入、 <input type="checkbox"/> 国保加入) <input type="checkbox"/> 給付金受給開始 <input type="checkbox"/> 収入逆転 <input type="checkbox"/> その他 ()													
異 動 年 月 日	令和	年	月	日	喪 失 証 明			削 除 日	健保記入欄 記入しないでください						

⑬

テープ

ここに保険証を
セロハンテープ等で貼付してください

健保
確認欄

テープ

ここに保険証を
セロハンテープ等で貼付してください

健保
確認欄

⑭

令和 ● 年 ● 月 ● 日 提出

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を
二重線で抹消のうえ、証明者の氏名をご記入ください。

⑮

事業所記入欄
被保険者は記入しないでください

健保承認印	健保受付印
喪 発 送 日 /	

「健康保険被扶養者異動届」の正票 および 副票に同じ内容を記入いただき、資格確認書類と併せて申請ください。また、文字の消えないボールペンを用いて記入してください。

(文字が消える場合は、届を受理することができません)

- ① 被保険者番号をご記入ください。
- ② 該当する年号に印をつけ、被保険者の生年月日をご記入ください。
- ③ 被保険者氏名をご記入ください。
- ④ 被保険者の住民票住所をご記入ください。
- ⑤ 申請対象者の氏名をご記入ください。
- ⑥ 申請対象者との続柄をご記入ください。
- ⑦ 申請対象者の性別に印をつけてください。
- ⑧ 該当する年号に印をつけ、申請対象者の生年月日をご記入ください。
- ⑨ 申請対象者の個人番号（マイナンバー）をご記入ください（副票は**記入不要**です）。
- ⑩ 該当する異動（扶養の削除）理由に印をつけてください。
- ⑪ 該当する年号に印をつけ、異動年月日をご記入ください。
 - 被扶養者の就職の場合は「理由＝就職、異動年月日＝就職日」
 - 死亡の場合は「理由＝死亡、異動年月日＝逝去日」
 - 離婚の場合は「理由＝離婚、異動年月日＝離婚日」
 - 雇用契約更新により勤務先の社会保険に加入する場合は「理由＝社保加入、異動年月日＝資格取得日」
 - 収入増加により国保加入する場合は「理由＝収入増（国保加入）、異動年月日＝事由発生日（勤務先での契約変更日など）」
 - 失業給付金受給開始の場合は「理由＝給付金受給開始、異動年月日＝受給開始日」
- **※雇用保険受給資格者証（写）の添付をお願いいたします。**
- 夫婦共同扶養による収入の逆転の場合は「理由＝収入逆転、異動年月日＝事由発生日」
- 上記に該当しない場合はその他に印をつけ具体的に理由をご記入ください。
- ⑫ 被扶養者の「資格喪失証明書」が必要な場合は、印【 ■ 要 】をつけてください。
国民健康保険に加入する場合は、必ず「資格喪失証明書」の提出が必要となります。
- ⑬ 申請対象者の被保険者証を貼付ください。（※）
- ⑭ 被扶養者異動届の提出日をご記入ください。
- ⑮ 事業所記入欄となりますので、人事担当者にご依頼ください。

※ 被保険者証を紛失等により返納できない場合は、「GT-7 被保険者証返却不能届」を提出してください