

# 健康保険被扶養者異動届 (増やすとき)

被保険者欄	被保険者証					生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
	記号	10	番号			住民票住所	〒	—	<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県		
	フリガナ										
	氏名										

被扶養者欄①	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	年	月	日						
	氏名						個人番号													
	住民票住所	<input type="checkbox"/> 同居	〒					—												
		<input type="checkbox"/> 別居	→住民票住所を記載					※日本国内に住民票がない場合は【別紙】を添付してください。												
	居所	<input type="checkbox"/> 住民票住所と同じ	〒					—												
		<input type="checkbox"/> 住民票住所と異なる	→居所を記載																	
異動事由	<input type="checkbox"/> 入社 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 給付金受給終了 <input type="checkbox"/> 収入逆転 <input type="checkbox"/> 社保適用外 <input type="checkbox"/> その他( )																			
異動年月日	令和					年		月		日		認定日	令和		年		月		日	

被扶養者欄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	年	月	日						
	氏名						個人番号													
	住民票住所	<input type="checkbox"/> 同居	〒					—												
		<input type="checkbox"/> 別居	→住民票住所を記載					※日本国内に住民票がない場合は【別紙】を添付してください。												
	居所	<input type="checkbox"/> 住民票住所と同じ	〒					—												
		<input type="checkbox"/> 住民票住所と異なる	→居所を記載																	
異動事由	<input type="checkbox"/> 入社 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 給付金受給終了 <input type="checkbox"/> 収入逆転 <input type="checkbox"/> 社保適用外 <input type="checkbox"/> その他( )																			
異動年月日	令和					年		月		日		認定日	令和		年		月		日	

• 令和 年 月 日 上記の通り証明します。

• この届出については、①又は②の要件を満たしたものです。

①申請者本人(被保険者)が作成したものである。

②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

事業所所在地

事業所名称

事業主(代理人)氏名

事業所コード( )

本件問合せ連絡先 (本件問い合わせに必要ですので、必ず記入してください)

部署・担当者氏名

電話連絡先

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。

健保承認印	健保受付印

## 健康保険被扶養者異動届 (増やすとき)

被保険者欄	被保険者証				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	記号	10	番号		住民票住所	〒	—		<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県
	フリガナ								
	氏名								

被扶養者欄①	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	年	月	日	
	氏名				個人番号							
	住民票住所	<input type="checkbox"/> 同居	〒	—								
		<input type="checkbox"/> 別居 →住民票住所を記載	※日本国内に住民票がない場合は【別紙】を添付してください。									
	居所	<input type="checkbox"/> 住民票住所と同じ	〒	—								
		<input type="checkbox"/> 住民票住所と異なる →居所を記載										
異動事由	<input type="checkbox"/> 入社 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 給付金受給終了 <input type="checkbox"/> 収入逆転 <input type="checkbox"/> 社保適用外 <input type="checkbox"/> その他( )											
異動年月日	令和 年 月 日				認定日	令和 年 月 日						

被扶養者欄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	年	月	日	
	氏名				個人番号							
	住民票住所	<input type="checkbox"/> 同居	〒	—								
		<input type="checkbox"/> 別居 →住民票住所を記載	※日本国内に住民票がない場合は【別紙】を添付してください。									
	居所	<input type="checkbox"/> 住民票住所と同じ	〒	—								
		<input type="checkbox"/> 住民票住所と異なる →居所を記載										
異動事由	<input type="checkbox"/> 入社 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 給付金受給終了 <input type="checkbox"/> 収入逆転 <input type="checkbox"/> 社保適用外 <input type="checkbox"/> その他( )											
異動年月日	令和 年 月 日				認定日	令和 年 月 日						

- 令和 年 月 日 上記の通り証明します。
- この届出については、①又は②の要件を満たしたものです。
  - ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。
  - ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

事業所所在地

事業所名称  
事業主(代理人)氏名

事業所コード( )

本件問合せ連絡先 (本件問い合わせに必要ですので、必ず記入してください)

部署・担当者氏名

電話連絡先

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。

健保承認印

健保受付印

日本国内に被扶養者の住民票がない場合、被扶養者が以下いずれかの要件に該当するか確認いただき、該当する番号に☑を入れて健康保険被扶養異動届に添付してください。

	要 件	資格確認書類
① <input type="checkbox"/>	外国において留学をする学生	査証、学生証、在学証明書入学証明書等の写し
② <input type="checkbox"/>	外国に赴任する被保険者に同行する者 【具体例】 家族帯同ビザが発行されるもの	査証、海外赴任辞令、海外の公的機関が発行する居住証明書等の写し
③ <input type="checkbox"/>	観光、保養又はボランティア活動その他就労以外の目的で一時的に海外に渡航する者 【具体例】 ワーキングホリデー制度を利用して渡航するもの、外国において留学する学生に同行する家族等、原則としてビザに有効期限があるもの	査証、ボランティア派遣機関の証明、ボランティアの参加同意書等の写し
④ <input type="checkbox"/>	被保険者が外国に赴任している間に当該被保険者との身分関係が生じた者であって、②と同等と認められるもの 【具体例】 ・海外赴任中に生まれた被保険者の子供 ・海外赴任中に現地で結婚した配偶者 ・海外赴任中に縁組を結んだ特別養子	出生や婚姻等を証明する書類等の写し
⑤ <input type="checkbox"/>	①から④までに掲げるもののほか、渡航目的その他の事情を考慮して日本国内に生活の基礎があると認められる者 【具体例】 留学等の理由で渡航する被扶養者の海外在住中に生まれた子供等	出生や婚姻等を証明する書類等の写し等