

記入例

A

担当

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		2	生 年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	5	年	8	1	0	0	1	日						
	記号	10	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 ロー						大阪市△△△△1-2-3											
3	氏 名	健 保 太 郎																	
被 扶 養 者 欄 ①	フリガナ	ケン ポ ハナ コ		6	続 柄	7	性 別	<input type="checkbox"/> 男 女 <input checked="" type="checkbox"/> 女	8	生 年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	6	年	0	0	7	3	1	日
	5	氏 名	健 保 花 子		妻	9	個 人 番 号	0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 1											
	10	住 民 票 住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 同居	〒 -															
	11	居 所	<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。															
	12	異 動 事 由	<input checked="" type="checkbox"/> 住民票住所と同じ	〒 5〇〇-5678															
13	異 動 年 月 日	<input checked="" 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()	令和	5	年	10	月	1	日	認定日	健保記入欄 記入しないでください								
被 扶 養 者 欄 ②	フリガナ			続 柄	性 別	<input type="checkbox"/> 男 女 <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	〒 -																
	居 所	<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。																
	異 動 事 由	<input type="checkbox"/> 住民票住所と同じ	〒 -																
異 動 年 月 日	<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()	令和	年	月	日	認定日	健保記入欄 記入しないでください												

事業所記入欄

被保険者は記入しないでください

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。

健保承認印

健保受付印

15

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 checked="" 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

「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。姓と名の間には空白を入れてください。
※氏名（9文字まで：空白含む） フリガナ（15文字まで：空白含む）
- 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 被扶養者の住民票住所が被保険者と同じ または 被保険者と異なるのいずれかに印をつけ、異なる場合は被扶養者の住民票住所をご記入ください。
- ⑪ ⑩の住民票住所と居所が同一 または 住民票住所と異なるのいずれかに印をつけ、異なる場合は現在お住まいの住所をご記入ください。
- ⑫ 該当する異動（扶養の異動）事由に印をつけてください。
- ⑬ 異動年月日をご記入ください。
 - 被保険者の資格取得に伴う場合は「理由＝入社、異動年月日＝入社日」
 - 扶養する方の出生の場合は「理由＝出生、異動年月日＝出生日」
 - 結婚の場合は「理由＝結婚、異動年月日＝婚姻日」
 - 退職の場合は「理由＝退職、異動年月日＝退職日」
 - 収入減の場合は「理由＝収入減、異動年月日＝事由発生日（勤務先での契約変更日など）」
 - 傷病手当金・失業給付金の受給終了の場合は
「理由＝給付金受給終了、異動年月日＝給付金の受給終了日」
 - 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」
 - 雇用契約の変更に伴う社保資格喪失の場合は「理由＝社保適用外、異動年月日＝資格喪失日」
 - 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。
- ⑭ 被扶養者異動届の提出日をご記入ください。
- ⑮ 被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。

日本国内に被扶養者の住民票がない場合は、別紙の要件を確認いただき、該当する番号に印をつけて健康保険被扶養者異動届に添付してください。