

# 健康保険 被扶養者異動届

健 保 組 合	常務理事	事務長	事務次長		受付印
	事務次長	担当			

申請日	年 月 日			
①被保険者証の 記号と番号	記号		②事業所の 名称と所属	
	番号			
(フリガナ) ③被保険者の氏名			④被保険者の 生年月日	昭和 平成 年 月 日
⑤住 所	〒 -			

⑥異動別	増 減	⑦被扶養者氏名 (フリガナ)	⑧生年月日	⑨性別	⑩同居別	⑪個人番号	⑫職業・年収	⑬該当・不該当理由	⑭資格 確認書	⑮資格喪失 証明書	健保記入欄 年 月 日
									不要 要	不要 要	
⑥異動別	増	⑦被扶養者氏名 (フリガナ)	昭和 平成 令和 年 月 日	男 女	同居 別居	⑪個人番号	⑫職業・年収 円	⑬該当・不該当理由	⑭資格 確認書 不要 要	⑮資格喪失 証明書 不要 要	健保記入欄 年 月 日
⑥異動別	減	⑦被扶養者氏名 (フリガナ)	昭和 平成 令和 年 月 日	男 女	同居 別居	⑪個人番号	⑫職業・年収 円	⑬該当・不該当理由	⑭資格 確認書 不要 要	⑮資格喪失 証明書 不要 要	健保記入欄 年 月 日
⑥異動別	増	⑦被扶養者氏名 (フリガナ)	昭和 平成 令和 年 月 日	男 女	同居 別居	⑪個人番号	⑫職業・年収 円	⑬該当・不該当理由	⑭資格 確認書 不要 要	⑮資格喪失 証明書 不要 要	健保記入欄 年 月 日
⑥異動別	減	⑦被扶養者氏名 (フリガナ)	昭和 平成 令和 年 月 日	男 女	同居 別居	⑪個人番号	⑫職業・年収 円	⑬該当・不該当理由	⑭資格 確認書 不要 要	⑮資格喪失 証明書 不要 要	健保記入欄 年 月 日

事 業 所 記 入 欄	当該届の次の事項について確認しました。 ・本人作成であることを確認した。 ・記載内容に誤りがないか確認した。 ・定年再雇用継続扶養の場合は状況が変わっていないか確認した。	会社確認欄 <input type="checkbox"/>
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	

※⑭原則マイナ保険証をご利用ください。  
資格確認書の発行は以下の方に限ります。  
・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者  
・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証登録を行っていない者、利用登録解除申請者、利用登録解除者  
・マイナンバーカード有効期限切れの者

2025年8月改訂