

※ 証明書類を添付 上記①の場合はスキャナーやスマホ撮影の画像データ可

記入見本

健康保険の記号(選択)・番号を記入ください。  
(入社と同時に届出をされる場合は記入不要)

### 健康保険被扶養者(異動)届

選択してください。

被保険者欄	被保険者等記号・番号	記号 10	番号 ××××	フリガナ ケンボ タロウ	社員番号 ×××××	性別 男	生年月日 昭和 ××年××月××日
	資格取得年月日	令和 ××年××月××日		住所 〒541-0045 大阪府大阪市中央区道修町×-×-×	TEL ××-××××-××××	この届出標準報酬を この届出標準報酬以外の収入	

選択してください。

※現在お住いの住所を記入ください。

増減の区分	フリガナ氏名	性別	生年月日	続柄	同居別居の別	職業	今後1年間の収入見額	扶養する理由および年月日	資格確認書の要否	発行理由	認定・抹消年月日 保険者認定印
増	ケンボ ハナコ 健保 花子	女	昭和 ××年××月××日	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居*	無職	千円/年 0	退職 令和 ××年××月××日	発行が必要 <input checked="" type="checkbox"/>	5	
減	ケンボ ジロウ 健保 次郎	男	平成 ××年××月××日	子	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居*	会社員	千円/年 4000	就職 令和 ××年××月××日	発行が必要 <input type="checkbox"/>		
			年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居*		千円/年	令和 年 月 日	発行が必要 <input type="checkbox"/>		
			年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居*		千円/年	令和 年 月 日	発行が必要 <input type="checkbox"/>		

※ 被扶養者が別居の場合の住所

減の場合、保険証(カード)および資格確認書は健保組合へ返却してください

選択してください。

発行が必要な場合にチェックを入れ、理由を裏面から選択してください。

注1: 資格確認書の発行要否・理由は裏面でご確認ください

上記のとおり相違ないことを証明します。

所在地

事業所名

事業主代理人氏名

この届出については被保険者が作成したものである。

受付印

健保組合使用欄		
常務理事	事務長	担当者

**資格確認書の発行が必要な方（理由）** ※該当しない場合は発行できません

- 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を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