

健康保険被扶養者異動届 ＜子（新生児）以外＞

常務理事	事務長	担当者

＜被保険者について＞ご記入ください。

※ は該当される箇所に○をつけてください。

被保険者証の 記号番号	記号	番号	事業所名
被保険者氏名			所属
被保険者住所	〒 -		

＜被扶養者について＞ご記入ください。

ふりがな		続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
氏名								

※続柄は父・母・長男・長女、二男・二女等の区別を記入してください。

被扶養者を 申請する場合	個人番号	
	被保険者と [同居・別居]である	別居の場合の住所（〒 - ）
	被扶養者を申請する理由 該当する番号①～⑥を○で囲んでください。 ①結婚 ②退職 ③同居 ④収入の減少※ ⑤雇用保険受給終了 <small>※転職や雇用契約の変更によって恒常的な収入が減った場合など</small> ⑥その他 [具体的内容：]	
	被扶養者を申請する理由の発生した日	令和 年 月 日
被扶養者で なくなる場合 配偶者が①②の理由で 被扶養者で なくなる場合は 下欄に進んでください↓	被扶養者でなくなる理由 該当する番号①～⑩を○で囲んでください。 ① [就職・パート先の健保に加入・法人の代表者または常勤役員に就任] した ②収入基準を超えた ③雇用保険を受給した ④配偶者と離婚した ⑤死亡 ⑥結婚による独立 ⑦生計維持関係がなくなった [別居した（同居が条件である家族の場合） ⑧独立させた ⑨同居の家族の収入が被保険者の1/2を超えた [別居の家族への送金をやめた ⑩その他 ()]	
	⑧被保険者が被扶養者の主たる生計維持者ではなくなった（夫婦共働きで家族を扶養している場合） 1.同居 [配偶者・()]の収入が被保険者の収入を上回った。 2.別居 [配偶者・()]の [収入・仕送り額] が被保険者の [仕送り額・収入] を上回った。 ※被保険者と同等の扶養義務者がいる場合も配偶者と同様の取扱いです。() 内にその方の続柄をご記入ください。	
	⑨障害のある65～74歳の家族が広域連合の障害認定を受けた ⑩その他 [具体的内容：]	
	被扶養者でなくなる理由の発生した日	令和 年 月 日
	「健康保険資格喪失証明書」の発行を	[希望する・希望しない]

◆配偶者が就職・収入基準を超えたなどの理由で被扶養者でなくなる場合
夫婦双方に収入がある場合、子や同居の家族（父母、義父母など）はどちらか収入が多い方の被扶養者となるため、被扶養者資格の再認定を受ける必要があります。これらの家族を引き続き当健保の被扶養者とする場合は、理由をご記入ください。

[]

※配偶者の収入の方が多くなる場合、扶養されている他の家族は「被扶養者でなくなる場合」⑧に該当し、資格喪失手続きが必要となります。

被扶養者について 変更があった場合	① 氏名変更日：	令和	年	月	日	
	変更後氏名					
	変更理由	〔 〕				
	○添付書類 氏名の変更が確認出来る書類					
	② その他変更が発生した日：	令和	年	月	日	
変更理由	〔 〕					
※記入例 家族関係の変化など						

2021.4月改定

事業主記入欄	
事業所所在地	〒 ー
事業所名称	
事業主氏名	
電話	()

社会保険労務士記入欄

受付日付印

【健保組合処理欄】

認定日	年	月	日
保険証 発行日	年	月	日
認定削除日	年	月	日
保険証 回収日	年	月	日
オンライン入力	年	月	日