

健康保険 被扶養者異動届

令和 年 月 日 提出

提出者記入欄	事業所番号	
	事業所所在地	
	事業所名称 事業主氏名	Ⓜ
	電話番号	
社会保険労務士記載欄		
氏名等		

常務理事	事務長	統括	担当

健保受付印

事業所検印

申請日(記入必須): 令和 年 月 日

保険証記号・番号	被保険者氏名(自署)	現住所
—	申請内容は事実と相違ありません。 Ⓜ	〒

被扶養者1	氏名	続柄	性別	生年月日	扶養異動の事実発生日
	ふりがな		1 男 2 女	5 昭和 7 平成 9 令和	令和 年 月 日 健保記入: /
	申請理由 ※該当する番号を○で囲んでください				
増員	1. 出生 2. 出生以外→別紙「被扶養者申請確認表」を提出してください。				減員による削除証明書の発行
減員	1. 就職 2. 収入増加 3. 離婚 4. 扶養異動 5. 雇用保険受給 6. 後期高齢者該当 7. 死亡<令和 年 月 日> 8. 他() <新たな保険証資格取得(認定)日:令和 年 月 日>				1 要 2 不要

被扶養者1	氏名	続柄	性別	生年月日	扶養異動の事実発生日
	ふりがな		1 男 2 女	5 昭和 7 平成 9 令和	令和 年 月 日 健保記入: /
	申請理由 ※該当する番号を○で囲んでください				
増員	1. 出生 2. 出生以外→別紙「被扶養者申請確認表」を提出してください。				減員による削除証明書の発行
減員	1. 就職 2. 収入増加 3. 離婚 4. 扶養異動 5. 雇用保険受給 6. 後期高齢者該当 7. 死亡<令和 年 月 日> 8. 他() <新たな保険証資格取得(認定)日:令和 年 月 日>				1 要 2 不要

被扶養者1	氏名	続柄	性別	生年月日	扶養異動の事実発生日
	ふりがな		1 男 2 女	5 昭和 7 平成 9 令和	令和 年 月 日 健保記入: /
	申請理由 ※該当する番号を○で囲んでください				
増員	1. 出生 2. 出生以外→別紙「被扶養者申請確認表」を提出してください。				減員による削除証明書の発行
減員	1. 就職 2. 収入増加 3. 離婚 4. 扶養異動 5. 雇用保険受給 6. 後期高齢者該当 7. 死亡<令和 年 月 日> 8. 他() <新たな保険証資格取得(認定)日:令和 年 月 日>				1 要 2 不要

【添付】 増員理由 1.出生 または被保険者新規加入で、0歳～中学生までの実子・養子は世帯全員の続柄入り「住民票」を添付
減員 扶養異動の事実発生日が確認できる書類(写)を添付ください。

新たな被保険者証をお持ちの方は、資格取得(認定)日を必ず記載ください。<交付日ではありません>

減員理由	喪失日	添付書類	減員理由	喪失日	添付書類
1.就職	資格取得日	新たな保険証 *資格取得日記載で省略可	5.雇用保険受給	受給申請日	受給資格者証
2.収入増加	事実発生日	新たな保険証、雇用契約等	6.後期高齢者該当	資格取得日	
3.離婚	離婚日翌日	受理証明書、戸籍抄本、新たな保険証等	7.死亡	死亡日翌日	戸籍抄本、死亡届等
4.扶養異動	事実発生日	住民票、新たな保険証等 *夫婦共同扶養は省略可	8.他		事実発生確認書類

減員日以降に「大同健保の保険証」は使用できません。(保険証裏面をご参照ください)