

(1)②枚目・添付書類をクリップ留め)
②枚目(※1枚目も必ずご記入下さい)

健康保険被扶養者異動届

常務理事	事務長	担 当

社員番号()

被保険者本人が届書を作成した場合は、右記の「本人記載」にチェックを入れてください ☐ 本人記載

被扶養者については下記の通り届出致します 年 月 日

被 保 険 者	被保険者証	記号				番号						資格取得 年 月 日	昭平令 年 月 日	収入(年収)	住 所	〒 - Tel ()
	氏 名	(フリガナ)						生年月日	昭平令 年 月 日	円						

被 扶 養 者 (認定対象者)	増 加 減 少 の 別	(フリガナ) 氏 名						性別	生 年 月 日			続 柄 (※注意2)	職 業 (学生は学年も明記)	世帯区分	別居家族の現住所	喪失証明書 (減の場合)	被扶養者になった日または 被扶養者から除かれた日 ※健保使用欄	
	増 減	()						男 女	昭平令 年 月 日			同居 別居	〒	要 否	年 月 日			
	個人番号(マイナンバー)12ケタ ※はっきりした字で正確にご記入下さい												収 入(年収) ※各種年金含む 円		備考			
	←喪失時には記入しないこと																	
	増 加 減 少 の 別	(フリガナ) 氏 名						性別	生 年 月 日			続 柄 (※注意2)	職 業 (学生は学年も明記)	世帯区分	別居家族の現住所	喪失証明書 (減の場合)	被扶養者になった日または 被扶養者から除かれた日 ※健保使用欄	
	増 減	()						男 女	昭平令 年 月 日			同居 別居	〒	要 否	年 月 日			
	個人番号(マイナンバー)12ケタ ※はっきりした字で正確にご記入下さい												収 入(年収) ※各種年金含む 円		備考			
	←喪失時には記入しないこと																	
	増 加 減 少 の 別	(フリガナ) 氏 名						性別	生 年 月 日			続 柄 (※注意2)	職 業 (学生は学年も明記)	世帯区分	別居家族の現住所	喪失証明書 (減の場合)	被扶養者になった日または 被扶養者から除かれた日 ※健保使用欄	
	増 減	()						男 女	昭平令 年 月 日			同居 別居	〒	要 否	年 月 日			
個人番号(マイナンバー)12ケタ ※はっきりした字で正確にご記入下さい												収 入(年収) ※各種年金含む 円		備考				
←喪失時には記入しないこと																		
申請事由 (該当する番号に○して下さい)	増 加	1.出生 2.退職 3.雇用保険受給終了 4.収入減 5.新規取得 6.移籍 7.嘱託再雇用 8.その他() * 扶養認定日は、原則として健康保険組合が届を受付した日となります(出生の場合のみ、出生日とします)ただし、扶養の事由発生日(退職・雇用保険受給終了等)から2ヶ月以内に健康保険組合が受理した場合は、事由発生日に遡って認定します。 * 認定希望年月日(年 月 日)←確認書類により希望にそうすることができない場合もあります。															健 保 受 付 印	
減 少	1.就職(年 月 日) 2.収入増(年 月 日) 3.雇用保険受給のため(※注意3)(年 月 日)←給付制限期間の日付の翌日 4.死亡(年 月 日) 5.離婚(年 月 日) 6.結婚(年 月 日) 7.後期高齢医療制度(年 月 日) 8.その他()																	

※ 注 意

1. 被扶養者減少時、健康保険資格確認書をお持ちの方は必ず添付のこと

2. 続柄は「長男」「長女」などを記入すること

3. 雇用保険受給資格者証の写しを添付

【事業主記載欄】

☐ 本人押印・署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。

☐ 本人押印・署名の省略にあたり、記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。

社会保険労務士の代行者印

事業所所在地
事業主名称

事業主氏名

電話番号

(①②枚目・添付書類をクリップ留め)

健康保険被扶養者異動確認通知書

①枚目 (※2枚目も必ずご記入下さい)

社員番号()

被 保 険 者	被保険者証	記号				番号							資格取得 年 月 日	昭 平 令	年	月	日	収入(年収)	住 所	〒 Tel ()
	氏 名	(フリガナ)										生年月日	昭 平 令	年	月	日	円			

被 扶 養 者 (認定対象者)	増 加 減 少 の 別	(フリガナ) 氏 名				性別	生 年 月 日		続 柄 (※注意2)	職 業 (学生は学年も明記)	世帯区分	別居家族の現住所	喪失証明書 (減の場合)	被扶養者になった日または 被扶養者から除かれた日 ※健保使用欄	
	増	()				男	昭 平 令		年 月 日		同居	〒	要	年 月 日	
	減					女					別居		否		
	収 入(年収)		備考												
	※各種年金含む		円												
	増 加 減 少 の 別	(フリガナ) 氏 名				性別	生 年 月 日		続 柄 (※注意2)	職 業 (学生は学年も明記)	世帯区分	別居家族の現住所	喪失証明書 (減の場合)	被扶養者になった日または 被扶養者から除かれた日 ※健保使用欄	
	増	()				男	昭 平 令		年 月 日		同居	〒	要	年 月 日	
	減					女					別居		否		
	収 入(年収)		備考												
	※各種年金含む		円												
増 加 減 少 の 別	(フリガナ) 氏 名				性別	生 年 月 日		続 柄 (※注意2)	職 業 (学生は学年も明記)	世帯区分	別居家族の現住所	喪失証明書 (減の場合)	被扶養者になった日または 被扶養者から除かれた日 ※健保使用欄		
増	()				男	昭 平 令		年 月 日		同居	〒	要	年 月 日		
減					女					別居		否			
収 入(年収)		備考													
※各種年金含む		円													
申請事由 (該当する番号に○して下さい)	増 加	1.出生 2.退職 3.雇用保険受給終了 4.収入減 5.新規取得 6.移籍 7.嘱託再雇用 8.その他() * 扶養認定日は、原則として健康保険組合が届を受付した日となります(出生の場合のみ、出生日とします)ただし、扶養の事由発生日(退職・雇用保険受給終了等)から2ヶ月以内に健康保険組合が受理した場合は、事由発生日に遡って認定します。 * 認定希望年月日(年 月 日)←確認書類により希望にそうすることができない場合もあります。												健 保 受 付 印	
	減 少	1.就職(年 月 日) 2.収入増(年 月 日) 3.雇用保険受給のため(年 月 日)←給付制限期間の日付の翌日 4.死亡(年 月 日) ↑ ※雇用保険受給資格者証の写しを添付 5.離婚(年 月 日) 6.結婚(年 月 日) 7.後期高齢医療制度(年 月 日) 8.その他()													

被扶養者について上記の通り認定したことを通知します。

(1)②枚目・添付書類をクリップ留め)
②枚目(※1枚目も必ずご記入下さい)

健康保険被扶養者異動届

常務理事	事務長	担 当

社員番号(*****)

被保険者本人が届書を作成した場合は、右記の「本人記載」にチェックを入れてください ☒ 本人記載

被扶養者については下記の通り届出致します 令和 8 年 8 月 1 日

被 保 険 者	被保険者証	記号			1	番号	*	*	*	*	*	*	資格取得 年 月 日	令 8 年 8 月 1 日	収入(年収)	住 所	〒 530 0001
	氏 名	(フリガナ) だいわ たろう						大和 太郎			生年月日	平 10 年 10 月 10 日	400万	大阪市北区梅田3-3-5	TEL (080) 1111-****		

被 扶 養 者 (認定対象者)	増 加 減 少 の 別	(フリガナ) 氏 名				性別	生 年 月 日		続 柄 (※注意2)	職 業 (学生は学年も明記)	世帯区分	別居家族の現住所	喪失証明書 (減の場合)	被扶養者になった日または 被扶養者から除かれた日 ※健保使用欄	
	増	だいわ はなこ 大和 花子				女	平 11 年 11 月 11 日		妻	無職	同居	〒	要 否	年 月 日	
	個人番号(マイナンバー)12ケタ ※はっきりした字で正確にご記入下さい										収 入(年収) ※各種年金含む 50万円		備考		
	* * * * * ←喪失時には記入しないこと														
	増 加 減 少 の 別	(フリガナ) 氏 名				性別	生 年 月 日		続 柄 (※注意2)	職 業 (学生は学年も明記)	世帯区分	別居家族の現住所	喪失証明書 (減の場合)	被扶養者になった日または 被扶養者から除かれた日 ※健保使用欄	
	増 減	()				男 女	昭 平 令 年 月 日				同居 別居	〒	要 否	年 月 日	
	個人番号(マイナンバー)12ケタ ※はっきりした字で正確にご記入下さい										収 入(年収) ※各種年金含む 円		備考		
	←喪失時には記入しないこと														
	増 加 減 少 の 別	(フリガナ) 氏 名				性別	生 年 月 日		続 柄 (※注意2)	職 業 (学生は学年も明記)	世帯区分	別居家族の現住所	喪失証明書 (減の場合)	被扶養者になった日または 被扶養者から除かれた日 ※健保使用欄	
	増 減	()				男 女	昭 平 令 年 月 日				同居 別居	〒	要 否	年 月 日	
個人番号(マイナンバー)12ケタ ※はっきりした字で正確にご記入下さい										収 入(年収) ※各種年金含む 円		備考			
←喪失時には記入しないこと															

申請事由 (該当する番号に○して下さい)	増 加	1.出生 ②退職 3.雇用保険受給終了 4.収入減 5.新規取得 6.移籍 7.嘱託再雇用 8.その他() * 扶養認定日は、原則として健康保険組合が届を受付した日となります(出生の場合のみ、出生日とします)ただし、扶養の事由発生日(退職・雇用保険受給終了等)から2ヶ月以内に健康保険組合が受理した場合は、事由発生年月日に遡って認定します。 * 認定希望年月日(令和8 年 7 月 1 日)←確認書類により希望にそうすることができない場合もあります。												健 保 受 付 印
	減 少	1.就職(年 月 日) 2.収入増(年 月 日) 3.雇用保険受給のため(※注意3)(年 月 日)←給付制限期間の日付の翌日 4.死亡(年 月 日) 5.離婚(年 月 日) 6.結婚(年 月 日) 7.後期高齢医療制度(年 月 日) 8.その他()												

※ 注意

1. 被扶養者減少時、健康保険資格確認書をお持ちの方は必ず添付のこと

2. 続柄は「長男」「長女」などを記入すること

3. 雇用保険受給資格者証の写しを添付

【事業主記載欄】

☒ 本人押印・署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。

☒ 本人押印・署名の省略にあたり、記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。

社会保険労務士の代行者印

事業所所在地
事業主名称

事業主氏名

電話番号

(①②枚目・添付書類をクリップ留め)

健康保険被扶養者異動確認通知書

①枚目 (※2枚目も必ずご記入下さい)

社員番号(*****)																		
被 保 険 者	被保険者証	記号			1	番号	*	*	*	*	*	*	資格取得 年 月 日	令 8 年 8 月 1 日	収入(年収)	住 所	〒 530 0001 大阪市北区梅田3-3-5 TEL (080) 1111-****	
	氏 名	(フリガナ) だいわ たろう 大和 太郎										生年月日	平 10 年 10 月 10 日	400万				
被 扶 養 者 (認定対象者)	増 加 減 少 の 別	(フリガナ) 氏 名				性別	生 年 月 日			続 柄 (※注意2)	職 業 (学生は学年も明記)	世帯区分	別居家族の現住所		喪失証明書 (減の場合)	被扶養者になった日または 被扶養者から除かれた日 ※健保使用欄		
	増	だいわ はなこ 大和 花子				女	平 11 年 11 月 11 日			妻	無職	同居	〒		要 否	年 月 日		
	収 入(年収)		備考															
	※各種年金含む 50万円																	
	増 加 減 少 の 別	(フリガナ) 氏 名				性別	生 年 月 日			続 柄 (※注意2)	職 業 (学生は学年も明記)	世帯区分	別居家族の現住所		喪失証明書 (減の場合)	被扶養者になった日または 被扶養者から除かれた日 ※健保使用欄		
	増	()				男	昭平 年 月 日					同居	〒		要 否	年 月 日		
	減	()				女	昭平 年 月 日					別居			要 否	年 月 日		
	収 入(年収)		備考															
	※各種年金含む 円																	
	増 加 減 少 の 別	(フリガナ) 氏 名				性別	生 年 月 日			続 柄 (※注意2)	職 業 (学生は学年も明記)	世帯区分	別居家族の現住所		喪失証明書 (減の場合)	被扶養者になった日または 被扶養者から除かれた日 ※健保使用欄		
増	()				男	昭平 年 月 日					同居	〒		要 否	年 月 日			
減	()				女	昭平 年 月 日					別居			要 否	年 月 日			
収 入(年収)		備考																
※各種年金含む 円																		
申請事由 (該当する番号に○して下さい)	増 加	1.出生 ②退職 3.雇用保険受給終了 4.収入減 5.新規取得 6.移籍 7.嘱託再雇用 8.その他() * 扶養認定日は、原則として健康保険組合が届を受付した日となります(出生の場合のみ、出生日とします)ただし、扶養の事由発生日(退職・雇用保険受給終了等)から2ヶ月以内に健康保険組合が受理した場合は、事由発生日に遡って認定します。 * 認定希望年月日(令和 8 年 7 月 1 日)←確認書類により希望にそうすることができない場合もあります。														健 保 受 付 印		
	減 少	1.就職(年 月 日) 2.収入増(年 月 日) 3.雇用保険受給のため(年 月 日)←給付制限期間の日付の翌日 4.死亡(年 月 日) ↑ ※雇用保険受給資格者証の写しを添付 5.離婚(年 月 日) 6.結婚(年 月 日) 7.後期高齢医療制度(年 月 日) 8.その他()																
大和ハウス工業健康保険組合 ㊞																		