記入例
入社による増

健康保険被扶養者異動届

※太枠内はすべてご記入ください。

部長	課長	課長補佐	チーフ	担当

事業所の名称		記号	番号	被保険者氏名	性別
〇〇〇〇株式会社		77	12	電子 太郎	男
☒ 健康保険法施行規則第38条による被扶養者の届出をします。					
生年月日	平成 10 年 12 月 1 日 (25 歳)			資格取得年月日	令和 6年 12月 1日
住民票住所	〒 111 - 2222			現在の報酬月額	300 千円
	東京都△△区△△町4-5-6				
配偶者の有・無		有	有の場合は配偶者が加入している社会保険に ☒ を付け、今後1年間の収入見込みを必ずご記入ください。(配偶者が既に扶養認定済みの場合は省略可)		過去1年間の給料以外の収入
			☐ 健康保険 ☐ 国保 ☐ 共済	年収 100 万円	円

※資格確認書発行要否欄について
 資格確認書の発行は、以下に該当する場合に限り
 ます。(原則としてマイナ保険証をご使用く
 ださい)
 ・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
 険証利用登録を行っていない者、利用登録解除
 を申請した者、利用登録解除者
 ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限
 切れの者

直系尊属	11	父
	12	母
	13	祖父
	14	祖母
	15	曾祖父
	16	曾祖母
配偶者	21	夫
	22	妻
	99	内縁の妻
	99	内縁の夫
子(男)	31	長男
	32	二男
	33	三男
	38	養子(男)
子(女)	39	その他子
	41	長女
	42	二女
	43	三女
その他(男)	48	養子(女)
	49	その他子
	17	養父
	51	兄
その他(女)	53	弟
	55	孫(男)
	65	甥
	71	義父
	73	義祖父
	75	義兄
	77	義弟
	18	養母
	52	姉
	54	妹
56	孫(女)	
66	姪	
72	義母	
74	義祖母	
76	義姉	
78	義妹	

増減の別	被扶養者の氏名・カナ	コード続柄	生年月日	職業又は学年など	世帯状況	扶養開始削除の理由	回収欄(削除の場合)	資格確認書発行要否欄	認定又は削除の年月日(記入不要)
増	フリガナ デンシ イチコ 電子 一子	22妻	平成 13 . 4 . 1 (24 歳)		同居	入社のため (令和 6 . 12 . 1)	・健康保険証 枚 ・資格確認書 枚	☐ 発行が必要 ※	令和 . .
個人番号	3456 - 7890 - 1234	←増の場合は記入が必要です。減、訂正等の場合は記入不要です。							
	フリガナ		. . . (歳)			(令和 . .)	・健康保険証 枚 ・資格確認書 枚	☐ 発行が必要 ※	令和 . .
個人番号	マイナンバー等をご確認いただき、必ず正しいマイナンバーを記入してください。 ←増の場合は記入が必要です。減、訂正等の場合は記入不要です。								
			. . . (歳)			(令和 . .)	・健康保険証 枚 ・資格確認書 枚	☐ 発行が必要 ※	令和 . .
個人番号	←増の場合は記入が必要です。減、訂正等の場合は記入不要です。								
	フリガナ		. . . (歳)			(令和 . .)	・健康保険証 枚 ・資格確認書 枚	☐ 発行が必要 ※	令和 . .
個人番号	←増の場合は記入が必要です。減、訂正等の場合は記入不要です。								

事業所所在地 〒 111 - 1111 東京都〇〇区〇〇町1-2-3

事業所名称 〇〇〇〇株式会社

事業主名 代表取締役社長 東京 吾郎

電話 03 (1234 局) 5678 番

必ず事業主確認欄のをお願いします。

事業主確認欄	この申請・届出については、次の要件を満たしたものである。
☒	被保険者(本人)の申請意思と記載内容に誤りがないか本人が確認している。または被保険者(本人)が作成したものである。

受付印