

記入例
就職による減

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
<input checked="" type="checkbox"/> 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	昭和 50 年 9 月 1 日 (49 歳)			資格取得年月日	令和 5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 <input checked="" type="checkbox"/> 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
			<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済	年収 0 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
	48	養子(女)
その他(男)	49	その他子
	17	養父
	51	兄
	53	弟
	55	孫(男)
	65	甥
	71	義父
	73	義祖父
その他(女)	75	義兄
	77	義弟
	18	養母
	52	姉
	54	妹
	56	孫(女)
	66	姪
	72	義母
その他(女)	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)
減	フリガナ デンシ ハナコ 電子 花子	41長女	平成 13 . 4 . 1 (23 歳)	無職	同居	就職のため (令和 6 . 4 . 1)	・健康保険証 1枚 ・資格確認書 0枚	<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※	令和 . .
	フリガナ		(歳)			(令和 . .)	・健康保 ・資格確認書 枚	<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※	令和 . .
	フリガナ		(歳)			(令和 . .)	・健康保険証 枚 ・資格確認書 枚	<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※	令和 . .
	フリガナ		(歳)			(令和 . .)	・健康保険証 枚 ・資格確認書 枚	<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※	令和 . .

マイナンバーの記入は不要です。

減失の際は、減失届を添付してください。

〒 111 - 1111
事業所所在地 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。
<input checked="" type="checkbox"/>	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