

記入例
訂正による届出

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 ※必ず□に✓を付してください。		性別
〇〇〇〇株式会社		77	12	電 子 太 郎		男
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 東京都△△区△△町4-5-6			現在の報酬月額	300 千円	
	電話 010 (1234) 5678			過去1年間の給料以外の収入	円	
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。 □ 健康保険		訂正前を赤字で、訂正後を黒字で記入してください。		

※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

続柄コード表		
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)
	39	その他子
子（女）	41	長女
	42	二女
	43	三女
	48	養子(女)
	49	その他子
その他（男）	17	養父
	51	兄弟
	53	兄弟
	55	孫(男)
	65	甥
	71	義父
	73	義祖父
	75	義兄
その他（女）	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	続 柄	生 年 月 日	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 アサタサ デンシ 浅草 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	—	—	←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。						
	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。						
	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