

【添付書類】

○扶養追加をするとき

・被扶養者現況調査書および被扶養者現況調査書に記載の添付書類

○扶養を削除するとき

・就職や雇用条件の変更により勤務先で被保険者となった場合：加入先の「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」

の写し等

・失業給付の受給開始の場合：雇用保険受給資格者証（両面）の写し

※これら以外に添付書類が必要な場合があります。

※資格確認書の発行が必要な理由を記入している場合は、削除

扶養に入れたいときは「追加」に、扶養から外したいときは「削除」に、それぞれ✓を記入してください

資格確認書の発行が必要な理由を必ず記入してください。ただし、マイナ保険証の保有確認がとれた場合は、資格確認書は発行いたしません

常務理事			

記入例

健康保険被扶養者異動届

※太枠のみご記入ください

2026 年 4 月 5 日 提出

被 保 険 者 欄	記号・番号	100・1234	従業員番号	9876	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	5	0	0	1	0	1	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名	ケンボ	太郎	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 ご住所をマンション名・部屋番号までご記入ください									
	取得年月日	平成	年	月	日	標準報酬月額								
	令和	年	月	日	千円									

個人番号を忘れず記入してください

被 扶 養 者 欄	異動の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	資格確認書発行要否	<input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要 <input type="checkbox"/> 発行不要	資格確認書回収区分										
	資格確認書の発行が必要な理由		マイナ保険証の利用登録をしていないため												
	氏名	ケンボ	ハナコ	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	5	6	0	7	0	7	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女		
	続柄	妻	パート	収入(年収)	60万	円	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	別居の場合	別居の場合のみ記入してください（住民票上の住所と居所が異なる場合は、居所欄にも記入してください）					

妻、夫、長男、長女、次男、次女、実父、義母、のように記入してください

今後1年間のおよその見込み収入を記入してください

被 扶 養 者 欄	資格確認書の発行が必要な理由	資格確認書の発行が必要な理由													
	氏名	ケンボ	イチロウ	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	2	7	0	1	0	1	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	続柄	長男	小学5年生	収入(年収)	0	円	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	別居の場合	本人入社のため					
	令和	年	月	日	被扶養者となった理由または被扶養者でなくなった理由										

被 扶 養 者 欄	異動の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要 <input checked="" type="checkbox"/> 発行不要	資格確認書等回収区分	添付・返不能・減失	備考							
	資格確認書の発行が必要な理由		資格確認書の発行が必要な理由											
	氏名	ケンボ	ケンタロウ	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	2	9	0	5	0	6	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	続柄	二男	小学3年生	収入(年収)	0	円	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	別居の場合	本人入社のため				

氏名は楷書ではっきりと記入してください

同時に4名以上申請される場合は、用紙を追加してください

理由の例

【追加の場合】
本人入社/退職/結婚/収入減少/雇用保険受給終了 など

【削除の場合】
就職/収入増加/雇用保険受給開始/死亡 など

<input type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
--------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------

事業所所在地	〒
事業所名称 事業主氏名 電話番号	※ 事業所が記入・証明する欄

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

裏面の記載内容をよくお読みください。

◎注意事項

1. 追加申請の届出をする場合は、必ず個人番号を記入してください。
2. 転籍及び定年再雇用による被保険者の同日得喪に伴う手続きの場合と任意継続被保険者資格取得申請に伴う手続きの場合は、被扶養者現況調査書および被扶養者現況調査書に記載の添付書類の提出を省略しても差し支えありません。
3. 資格確認書は原則マイナ保険証を保有されていない方に発行いたします。マイナ保険証の保有確認ができた場合は、発行要にチェックされていた場合でも発行はいたしません。
4. 収入欄に記入する金額には非課税対象となる年金（障害・遺族）、失業給付、傷病手当金も含まれます。
5. 医療保険者等中間サーバーを介して健康保険事務で必要となる個人番号および特定個人情報を取得し、利用させて頂くことがあります。

【記入方法】

1. 生年月日など年月日を記入するとき、例えば平成30年10月1日の場合は右図のように記入してください。

<input type="checkbox"/> 昭和		年		月		日
<input checked="" type="checkbox"/> 平成	3	0	1	0	0	1
<input type="checkbox"/> 令和						

2. 『続柄』欄は、被保険者との続柄を「夫」、「妻」、「父」、「母」、「長男」、「祖父」、「祖母」などと記入してください。
3. 『職業』欄は、その実態が分かるように「無職」、「年金受給者」、「高校〇年」、「パート」などと記入してください。
4. 『住所』欄は、被保険者と同居または別居のいずれかを○で囲み、同居の場合は住所記入は不要です。別居の場合は、住民票の住所と居所をご記入ください。住民票住所と居所が同じ場合は居所の記入は不要です。
5. 『被扶養者となった日または被扶養者でなくなった日』欄は以下のとおりに記入してください。

追加の場合

- (1) 被保険者資格取得届と同時に追加をする場合、被保険者の資格取得日（入社日など）を記入してください。
- (2) (1) 以外の理由の場合は、例えば出生であれば出生年月日、結婚であれば婚姻年月日など、実際に被扶養者となる事由が発生した日を記入してください。ただし、追加理由が退職の場合は退職年月日の翌日を記入してください。

削除の場合

- (1) 削除の理由が就職であれば就職年月日など、実際に被扶養者でなくなった事由が発生した日を記入してください。ただし、削除理由が死亡の場合は死亡日の翌日を記入してください。
- (2) 後期高齢者医療制度の被保険者となることにより被扶養者でなくなる場合は、当該被保険者となった日を記入してください。

6. 『被扶養者となった理由または被扶養者でなくなった理由』欄は以下のとおりに記入してください。

追加の場合

- (1) 「出生」、「結婚」、「退職」など事実を具体的に記入してください。

削除の場合

- (1) 「就職」、「死亡」など事実を具体的に記入してください。
- (2) 75歳に到達した場合や、一定の障害をお持ちで広域連合の認定を受け、後期高齢者医療制度の被保険者となった場合は「後期高齢者医療」と記入してください。

【提出先】

所属事業所

【提出期限】

事由発生日から5日以内