

正

健康保険被扶養者異動届【 □追加 ・ □削除 】

1. 異動事由発生日から5日以内に、記入コード表を参照の上記入し事業主に提出してください
2. 追加の場合は「健康保険被扶養者異動届別紙(個人番号記入用)」に個人番号を記入し専用封筒に封入の上添付してください

被保険者欄	記号		番号		在籍事業所		届出日	
	カナ					住民票住所	〒	
	氏名						TEL	

被扶養者欄①	カナ					生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年		月		日	年齢	
	氏名						続柄コード		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	資格確認書 発行要否 ※「注意事項」参照	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要	
	住民票住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	別居理由コード		別居住所	〒	TEL							
	職業コード		今後1年間の 収入見込	月額		今後1年間の 収入見込	年額		異動理由 コード		事由 発生日			
	異動事由	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	扶養又は 削除日	令和		年		月		日	備考			

被扶養者欄②	カナ					生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年		月		日	年齢	
	氏名						続柄コード		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	資格確認書 発行要否 ※「注意事項」参照	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要	
	住民票住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	別居理由コード		別居住所	〒	TEL							
	職業コード		今後1年間の 収入見込	月額		今後1年間の 収入見込	年額		異動理由 コード		事由 発生日			
	異動事由	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	扶養又は 削除日	令和		年		月		日	備考			

被扶養者欄③	カナ					生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年		月		日	年齢	
	氏名						続柄コード		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	資格確認書 発行要否 ※「注意事項」参照	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要	
	住民票住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	別居理由コード		別居住所	〒	TEL							
	職業コード		今後1年間の 収入見込	月額		今後1年間の 収入見込	年額		異動理由 コード		事由 発生日			
	異動事由	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	扶養又は 削除日	令和		年		月		日	備考			

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
事業所担当者	

扶養認定日
R
年 月 日

証明書類無の場合		回収確認		健保組合処理日	
— 喪失 年 月 日		マイナ・証 /			
常務理事	事務長	GR長	担当者		

【注意事項】

- ・ 異動事由(追加・削除)や異動日が異なる場合は分けて申請ください
 - ・ 枝番は記入不要です
 - ・ 氏名に使用できる漢字はJIS規格内の漢字に限ります(環境依存文字やアルファベットは使用できません)
 - ・ 同居別居の区分については住民票住所でご判断ください(住民票の異動を伴わない単身赴任や別居は「同居」を選択)
 - ・ 日本国内に住民票がない場合は記述書6を添付してください
 - ・ 資格確認書発行要否欄については、マイナ保険証をお持ちの場合は「不要」を、お持ちでない場合は「必要」を選択してください(記入がない場合は不要とみなします)
- ※資格確認書の発行は、下記に該当する場合に限ります(後で該当しないことが判明した場合返納いただきます)
- ①マイナンバーカードを取得していない、またはマイナンバーカードの返納者
 - ②マイナンバーカードを保有しているが保険証利用登録を行っていない
 - ③マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れている

【記入コード表】

項目	コード
続柄	21. 夫 22. 妻 31. 長男 32. 二男 33. 三男 41. 長女 42. 二女 43. 三女 11. 実父 12. 実母 38. 養子 48. 養女 99. その他の場合は関係を記入してください
別居理由	ア. 通学 イ. 被保険者単身赴任 ウ. その他(備考欄に詳しく記入してください)
職業	1. 無職(含む小学生～高校年生) 2. 就業(パート、アルバイト、臨時雇用等含む) 3. 学生(専門学校、高専、短大、大学、予備校) 4. 農業・漁業等 5. 自営業(上記4を除く不動産収入、営業収入、雑収入等) 6. 年金の受給者(老齢・退職・遺族・障害等の全ての年金) 99. その他(備考欄に詳しく記入してください)
【追加】 異動理由	1. 入社に伴う家族の追加 3. 出生児 4. 退職 5. 扶養者変更 6. 結婚 7. 現在も働いているが、収入が減額となった 9. 雇用保険の受給終了 99. その他(備考欄に詳しく記入してください)
【削除】 異動理由	11. 就職(健康保険の資格取得日ではなく就職日を記入) 12. 結婚 13. 離婚 14. 死亡(『扶養又は削除日』は死亡日の翌日を記入) 15. 別居 16. 契約変更に伴う収入増加(契約変更以外の収入増は その他を選択し備考欄に詳しく記入してください) 17. 雇用保険受給開始 18. 扶養者変更 25. 海外居住 99. その他(備考欄に詳しく記入してください)

副

健康保険被扶養者異動届【 □追加 ・ □削除 】

1. 異動事由発生日から5日以内に、記入コード表を参照の上記入し事業主に提出してください
2. 追加の場合は「健康保険被扶養者異動届別紙(個人番号記入用)」に個人番号を記入し専用封筒に封入の上添付してください

被保険者欄	記号		番号		在籍事業所		届出日	
	カナ					住民票住所	〒	
	氏名						TEL	

被扶養者欄①	カナ					生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年		月		日	年齢	
	氏名						続柄コード		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	資格確認書 発行要否 ※「注意事項」参照		<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要	
	住民票住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	別居理由コード		別居住所	〒	TEL							
	職業コード		今後1年間の 収入見込	月額		今後1年間の 収入見込	年額		異動理由 コード		事由 発生日			
	異動事由	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	扶養又は 削除日	令和		年		月		日	備考			

被扶養者欄②	カナ					生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年		月		日	年齢	
	氏名						続柄コード		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	資格確認書 発行要否 ※「注意事項」参照		<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要	
	住民票住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	別居理由コード		別居住所	〒	TEL							
	職業コード		今後1年間の 収入見込	月額		今後1年間の 収入見込	年額		異動理由 コード		事由 発生日			
	異動事由	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	扶養又は 削除日	令和		年		月		日	備考			

被扶養者欄③	カナ					生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年		月		日	年齢	
	氏名						続柄コード		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	資格確認書 発行要否 ※「注意事項」参照		<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要	
	住民票住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	別居理由コード		別居住所	〒	TEL							
	職業コード		今後1年間の 収入見込	月額		今後1年間の 収入見込	年額		異動理由 コード		事由 発生日			
	異動事由	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	扶養又は 削除日	令和		年		月		日	備考			

										健保組合処理日	
保険証受領日	受領者					扶養認定日					
						R		年 月 日			