

記入例:出生による扶養追加

⑩異動内容が「追加」の場合は、①～⑩・⑯をご記入下さい。

※添付必要書類一なし

被 保 險 者	①社員コード	②被保険者記号番号	健康保険 被扶養者異動届													
	XXXXX	記号	10	番号	XXXX	③被保険者氏名	④性別	⑤生年月日	⑥住所	⑦会社名	⑧所属部署	⑨申請日	⑩異動内容			
被 扶 養 者	三浦 太郎			印	男 女	昭和 平成	62	5	1	〒 XXXX- XXXX 愛媛県 松山市 堀江町 XXXX-X 三浦ハイツ XXX号	勤務している会社名・所属部署名を記入して下さい。	令和 元 年	7 月	10 日	追加 削除	
追加の場合は⑪～⑩・⑯を、削除の場合は⑪～⑩・⑯をご記入ください。⑯職業(学年等)は、実態が分かるようにご記入ください。(例:幼児・大学1年・年金受給者・主婦(夫)・パートなど)																
⑯申請理由が発生した年月日は、⑩または⑯の申請理由が発生した年月日をご記入ください。																
被 扶 養 者	⑪フリガナ(カタカナ)			⑫氏名	⑬性別	⑭生年月日	⑮続柄	⑯職業(学年等)	⑰被保険者との居住状況 住所(単身赴任・別居の場合のみ被扶養者の住所を記入)	⑱申請理由が 発生した年月日	⑲証明 書類の 添付					
	ミウラ	ヨウコ	男	昭和 平成	元 年	7 月	7 日	長女	幼児	同居 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者が単身赴任 <input type="checkbox"/> 別居 〒 -	令和 元 年	7 月	7 日	あり なし		
被 扶 養 者	三浦 洋子			印	女 令和	平成 年										
異動内容:追加																
⑯申請理由(追加)					⑯追加後の年収見込(なしの場合は0を記入)					⑯手当金等受給予定						
<input checked="" type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 被保険者の入社(取得)による <input type="checkbox"/> 受給終了(失業保険 出産手当金 傷病手当金) <input type="checkbox"/> その他()					0 万円/年					<input type="checkbox"/> 受給予定あり(令和 年 月～受給予定) →(失業保険 出産手当金 傷病手当金 年金)						
					⑯仕送額(⑯欄が別居の場合のみ記入)					<input type="checkbox"/> 受給開始(失業保険 出産手当金 傷病手当金) <input type="checkbox"/> その他()						
					仕送 万円/年					<input checked="" type="checkbox"/> 受給予定なし						
⑯被扶養者でない配偶者を有する場合は、年間収入を記入(「追加」の場合のみご記入ください)																
被保険者の年間収入										500 万円/年間	配偶者の年間収入					300 万円/年間

記入例:結婚による扶養追加

⑩異動内容が「追加」の場合は、①～⑩・⑯をご記入下さい。

※追加する被扶養者が「配偶者」の場合は、⑯の記入は不要です。

※添付必要書類については、「添付必要書類一覧」をご確認ください。

被 保 險 者	①社員コード	②被保険者記号番号	健康保険 被扶養者異動届													
	XXXXX	記号	10	番号	XXXX	③被保険者氏名	④性別	⑤生年月日	⑥住所	⑦会社名	⑧所属部署	⑨申請日	⑩異動内容			
被 扶 養 者	三浦 太郎			印	男 女	昭和 平成	62	5	1	〒 XXXX- XXXX 愛媛県 松山市 堀江町 XXXX-X 三浦ハイツ XXX号	勤務している会社名・所属部署名を記入して下さい。	令和 元 年	7 月	3 日	追加 削除	
追加の場合は⑪～⑩・⑯を、削除の場合は⑪～⑩・⑯をご記入ください。⑯職業(学年等)は、実態が分かるようにご記入ください。(例:幼児・大学1年・年金受給者・主婦(夫)・パートなど)																
⑯申請理由が発生した年月日は、⑩または⑯の申請理由が発生した年月日をご記入ください。																
被 扶 養 者	⑪フリガナ(カタカナ)			⑫氏名	⑬性別	⑭生年月日	⑮続柄	⑯職業(学年等)	⑰被保険者との居住状況 住所(単身赴任・別居の場合のみ被扶養者の住所を記入)	⑱申請理由が 発生した年月日	⑲証明 書類の 添付					
	ミウラ	カオリ	男	昭和 平成	63	3	12	妻	主婦	同居 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者が単身赴任 <input type="checkbox"/> 別居 〒 -	令和 元 年	7 月	1 日	あり なし		
被 扶 養 者	三浦 香			印	女 令和	平成 年										
異動内容:追加																
⑯申請理由(追加)					⑯追加後の年収見込(なしの場合は0を記入)					⑯手当金等受給予定						
<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 退職 <input checked="" type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 被保険者の入社(取得)による <input type="checkbox"/> 受給終了(失業保険 出産手当金 傷病手当金) <input type="checkbox"/> その他()					0 万円/年					<input checked="" type="checkbox"/> 受給予定あり(令和 元 年 10 月～受給予定) →(失業保険 出産手当金 傷病手当金 年金)						
					⑯仕送額(⑯欄が別居の場合のみ記入)					<input type="checkbox"/> 受給開始(失業保険 出産手当金 傷病手当金) <input type="checkbox"/> その他()						
					仕送 万円/年					<input type="checkbox"/> 受給予定なし						
⑯被扶養者でない配偶者を有する場合は、年間収入を記入(「追加」の場合のみご記入ください)																
被保険者の年間収入										万円/年間	配偶者の年間収入					万円/年間

記入例: 就職による扶養削除(子)

⑩異動内容が「削除」の場合は、①～⑨・⑭をご記入下さい。
※削除となる被扶養者の方の「健康保険被保険者証」を添付して下さい。

①社員コード	②被保険者記号番号	健康保険 被扶養者異動届														
XXXXX	記号 10 番号 XXXX															
被保険者	③被保険者氏名			④性別	⑤生年月日	⑥住所			⑦会社名	⑧所属部署	⑨申請日	⑩異動内容				
	三浦 太郎			印 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 41 年	5 月	1 日	〒 XXXX- XXXX 愛媛県 松山市 堀江町 XXXX-X 三浦ハイツ XXXX号			勤務している会社名・所属部署名を記入して下さい。			令和 <input type="checkbox"/> 元 <input checked="" type="checkbox"/> 6 年	月 <input type="checkbox"/> 5 月	日 <input checked="" type="checkbox"/> 5 日

追加の場合は⑪～⑬・⑯を、削除の場合は⑪～⑯・⑭をご記入ください。⑯職業(学年等)は、実態が分かるようにご記入ください。(例: 幼児・大学1年・年金受給者・主婦(夫)・パートなど)

⑯申請理由が発生した年月日は、⑯または⑭の申請理由が発生した年月日をご記入ください。

被扶養者	⑪フリガナ(カタカナ)			⑬性別	⑭生年月日			⑮続柄	⑯職業(学年等)	⑰被保険者との居住状況 住所(単身赴任・別居の場合のみ被扶養者の住所を記入)	⑯申請理由が 発生した年月日	⑯申請書類の添付			
	⑫氏名	ミウラ	ナオコ	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 5 年	6 月	10 日	長女	会社員	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 被保険者が単身赴任 <input type="checkbox"/> 別居 〒 -	平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input checked="" type="checkbox"/> 元 年	6 月	1 日	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>		
異動内容: 追加													異動内容: 削除		
⑯申請理由(追加)				⑯追加後の年収見込(なしの場合は0を記入)				⑯手当金等受給予定				⑯申請理由(削除)			
<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 被保険者の入社(取得)による <input type="checkbox"/> 受給終了(□失業保険 □出産手当金 □傷病手当金) <input type="checkbox"/> その他()				万円/年				<input type="checkbox"/> 受給予定あり(令和 年 月～受給予定) →(□失業保険 □出産手当金 □傷病手当金 □年金)				<input checked="" type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 死亡 □受給開始(□失業保険 □出産手当金 □傷病手当金) □その他()			
				⑯仕送額(⑯欄が別居の場合のみ記入)				仕送 万円/年				<input type="checkbox"/> 受給予定なし			
⑯被扶養者でない配偶者を有する場合は、年間収入を記入(「追加」の場合のみご記入ください)													被保険者の年間収入 万円/年間	配偶者の年間収入 万円/年間	

記入例: 離職による扶養追加(子)

⑩異動内容が「追加」の場合は、①～⑬・⑯をご記入下さい。
※追加する被扶養者が「配偶者」の場合は、⑯の記入は不要です。
※添付必要書類については、「添付必要書類一覧」をご確認ください。

被保険者	①社員コード	②被保険者記号番号	健康保険 被扶養者異動届												
	XXXXX	記号 10 番号 XXXX													
被扶養者	③被保険者氏名			④性別	⑤生年月日	⑥住所			⑦会社名	⑧所属部署	⑨申請日	⑩異動内容			
	三浦 太郎			印 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 41 年	5 月	1 日	〒 XXXX- XXXX 愛媛県 松山市 堀江町 XXXX-X 三浦ハイツ XXXX号			勤務している会社名・所属部署名を記入して下さい。			令和 <input type="checkbox"/> 元 <input checked="" type="checkbox"/> 7 年	月 <input type="checkbox"/> 3 月	日 <input checked="" type="checkbox"/> 30 日

追加の場合は⑪～⑬・⑯を、削除の場合は⑪～⑯・⑭をご記入ください。⑯職業(学年等)は、実態が分かるようにご記入ください。(例: 幼児・大学1年・年金受給者・主婦(夫)・パートなど)

⑯申請理由が発生した年月日は、⑯または⑭の申請理由が発生した年月日をご記入ください。

被扶養者	⑪フリガナ(カタカナ)			⑬性別	⑭生年月日			⑮続柄	⑯職業(学年等)	⑰被保険者との居住状況 住所(単身赴任・別居の場合のみ被扶養者の住所を記入)	⑯申請理由が 発生した年月日	⑯申請書類の添付			
	⑫氏名	ミウラ	ダイスケ	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 2 年	9 月	20 日	長男	アルバイト	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 被保険者が単身赴任 <input type="checkbox"/> 別居 〒 -	平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input checked="" type="checkbox"/> 元 年	6 月	30 日	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>		
異動内容: 追加													異動内容: 削除		
⑯申請理由(追加)				⑯追加後の年収見込(なしの場合は0を記入)				⑯手当金等受給予定				⑯申請理由(削除)			
<input type="checkbox"/> 出生 <input checked="" type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 被保険者の入社(取得)による <input type="checkbox"/> 受給終了(□失業保険 □出産手当金 □傷病手当金) <input type="checkbox"/> その他()				72 万円/年				<input type="checkbox"/> 受給予定あり(令和 年 月～受給予定) →(□失業保険 □出産手当金 □傷病手当金 □年金)				<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 死亡 □受給開始(□失業保険 □出産手当金 □傷病手当金) □その他()			
				⑯仕送額(⑯欄が別居の場合のみ記入)				仕送 万円/年				<input type="checkbox"/> 受給予定なし			
⑯被扶養者でない配偶者を有する場合は、年間収入を記入(「追加」の場合のみご記入ください)													被保険者の年間収入 600 万円/年間	配偶者の年間収入 300 万円/年間	

記入例:失業保険受給開始による扶養削除

⑩異動内容が「削除」の場合は、①～⑨・⑭をご記入下さい。
※削除となる被扶養者の方の「健康保険被保険者証」を添付して下さい。
※添付必要書類については、「添付必要書類一覧」をご確認ください。

①社員コード XXXXX	②被保険者記号番号 記号 10 番号 XXXX	健康保険 被扶養者異動届											
被保険者	③被保険者氏名 三浦 太郎			④性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男	⑤生年月日 昭和 年 62 月 5 日	⑥住所 〒 XXXX-XXXX 愛媛県 松山市 堀江町 XXXX- 三浦ハイツ XXX号			⑦会社名	⑧所属部署	⑨申請日 令和 元 6 月 5 日	⑩異動内容 追加削除	
									勤務している会社名・所属部署名を記入して下さい。				

追加の場合は⑪～⑬・⑯を、削除の場合は⑪～⑯・⑭をご記入ください。⑯職業(学年等)は、実態が分かるようにご記入ください。(例:幼児・大学1年・年金受給者・主婦(夫)・パートなど)

⑯申請理由が発生した年月日は、⑯または⑭の申請理由が発生した年月日をご記入ください。

被扶養者 1	⑪フリガナ(カタカナ) ミウラ		⑫氏名 カオリ	⑬性別 男	⑭生年月日 昭和 年 63 月 3 日	⑮続柄 妻	⑯職業(学年等) 主婦	⑰被保険者との居住状況 同居	⑱申請理由が発生した年月日 令和 元 6 月 3 日	⑲証明書類の添付 ありなし	
								□被保険者が単身赴任	□別居		
異動内容:追加											
⑯申請理由(追加) □出生 □退職 □結婚 □被保険者の入社(取得)による □受給終了(□失業保険 □出産手当金 □傷病手当金) □その他()				⑭追加後の年収見込(なしの場合は0を記入) 万円/年 ⑯手当金等受給予定 □受給予定あり(令和 元 6 月～受給予定) →(□失業保険 □出産手当金 □傷病手当金 □年金) ⑯仕送額(⑯欄が別居の場合のみ記入) 仕送 万円/年 ⑯受給予定なし				⑯申請理由(削除) □就職 □収入超過 □死亡 □受給開始(□失業保険 □出産手当金 □傷病手当金) □その他()			
⑯被扶養者でない配偶者を有する場合は、年間収入を記入(「追加」の場合のみご記入ください)				被保険者の年間収入 万円/年間				配偶者の年間収入 万円/年間			

記入例:失業保険受給終了による扶養追加

⑩異動内容が「追加」の場合は、①～⑨・⑭をご記入下さい。
※追加する被扶養者が「配偶者」の場合は、⑯の記入は不要です。
※添付必要書類については、「添付必要書類一覧」をご確認ください。

①社員コード XXXXX	②被保険者記号番号 記号 10 番号 XXXX	健康保険 被扶養者異動届											
被保険者	③被保険者氏名 三浦 太郎			④性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男	⑤生年月日 昭和 年 62 月 5 日	⑥住所 〒 XXXX-XXXX 愛媛県 松山市 堀江町 XXXX- 三浦ハイツ XXX号			⑦会社名	⑧所属部署	⑨申請日 令和 元 6 月 10 日	⑩異動内容 追加削除	
									勤務している会社名・所属部署名を記入して下さい。				

追加の場合は⑪～⑬・⑯を、削除の場合は⑪～⑯・⑭をご記入ください。⑯職業(学年等)は、実態が分かるようにご記入ください。(例:幼児・大学1年・年金受給者・主婦(夫)・パートなど)

⑯申請理由が発生した年月日は、⑯または⑭の申請理由が発生した年月日をご記入ください。

被扶養者 1	⑪フリガナ(カタカナ) ミウラ		⑫氏名 カオリ	⑬性別 男	⑭生年月日 昭和 年 63 月 3 日	⑮続柄 妻	⑯職業(学年等) 主婦	⑰被保険者との居住状況 同居	⑱申請理由が発生した年月日 令和 元 6 月 8 日	⑲証明書類の添付 ありなし	
								□被保険者が単身赴任	□別居		
異動内容:追加											
⑯申請理由(追加) □出生 □退職 □結婚 □被保険者の入社(取得)による ⑯受給終了(□失業保険 □出産手当金 □傷病手当金) □その他()				⑭追加後の年収見込(なしの場合は0を記入) 0 万円/年 ⑯手当金等受給予定 □受給予定あり(令和 元 6 月～受給予定) →(□失業保険 □出産手当金 □傷病手当金 □年金) ⑯仕送額(⑯欄が別居の場合のみ記入) 仕送 万円/年 ⑯受給予定なし				⑯申請理由(削除) □就職 □収入超過 □死亡 □受給開始(□失業保険 □出産手当金 □傷病手当金) □その他()			
⑯被扶養者でない配偶者を有する場合は、年間収入を記入(「追加」の場合のみご記入ください)				被保険者の年間収入 万円/年間				配偶者の年間収入 万円/年間			