

記入例:出生による扶養追加

⑩異動内容が「追加」の場合は、①～②③・⑤をご記入下さい。
※添付必要書類一なし

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										※太枠内に、事実を正確にご記入ください。 ※ご記入の際は、別紙【記入上の注意】を参考にしてください。										
	XXXXXX	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	男	昭和	62	5	1	〒XXXX-XXXX 愛媛県 松山市 堀江町 XXX-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 7 10				追加 削除	

追加の場合は①～②③・⑤を、削除の場合は①～⑩・②④をご記入ください。⑩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)

⑩申請理由が発生した年月日は、②④または②④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	元	7	7	長女	幼児	〒 - 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者が単身赴任 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/>				令和 元 7 7				あり なし										
被 扶 養 者	異動内容:追加										異動内容:削除																		
	②④申請理由(追加) <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(<input type="checkbox"/> 失業保険 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 傷病手当金) <input type="checkbox"/> その他()										②④追加後の年収見込(なしの場合は0を記入) 〇 万円/年 ②④仕送額(①⑦欄が別居の場合のみ記入) 仕送 万円/年										②④申請理由(削除) <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 受給開始(<input type="checkbox"/> 失業保険 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 傷病手当金) <input type="checkbox"/> その他()								
②⑤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、①～②③・⑤をご記入下さい。
※追加する被扶養者が「配偶者」の場合は、⑤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										※太枠内に、事実を正確にご記入ください。 ※ご記入の際は、別紙【記入上の注意】を参考にしてください。										
	XXXXXX	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	男	昭和	62	5	1	〒XXXX-XXXX 愛媛県 松山市 堀江町 XXX-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 7 3				追加 削除	

追加の場合は①～②③・⑤を、削除の場合は①～⑩・②④をご記入ください。⑩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)

⑩申請理由が発生した年月日は、②④または②④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	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 <input type="checkbox"/>				令和 元 7 1				あり なし										
被 扶 養 者	異動内容:追加										異動内容:削除																		
	②④申請理由(追加) <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(<input type="checkbox"/> 失業保険 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 傷病手当金) <input type="checkbox"/> その他()										②④追加後の年収見込(なしの場合は0を記入) 〇 万円/年 ②④仕送額(①⑦欄が別居の場合のみ記入) 仕送 万円/年										②④申請理由(削除) <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 受給開始(<input type="checkbox"/> 失業保険 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 傷病手当金) <input type="checkbox"/> その他()								
②⑤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、①～⑬・⑮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。

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										※太枠内に、事実を正確にご記入ください。 ※ご記入の際は、別紙【記入上の注意】を参考にしてください。						
	XXXXXX	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 男	昭和	41	5	1	〒XXXX-XXXX 愛媛県 松山市 堀江町 XXX-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 6 5			追加 削除		

追加の場合は⑪～⑮・⑮を、削除の場合は⑪～⑬・⑮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)

⑮申請理由が発生した年月日は、⑮または⑮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			⑱申請理由が			⑲証明 書類の 添付				
	⑫氏名	ミウラ ナオコ		男	昭和	5	6	10	長女	会社員	住所(単身赴任・別居の場合のみ被扶養者の住所を記入) <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 被保険者が単身赴任 <input type="checkbox"/> 別居 〒 -			発生した年月日 平成 令和 元 6 1			あり なし		
被 扶 養 者	異動内容:追加										異動内容:削除								
	⑳申請理由(追加)					㉑追加後の年収見込(なしの場合は0を記入)					㉒手当金等受給予定					㉓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					万円/年					<input type="checkbox"/> 受給予定あり(令和 年 月～受給予定)					<input checked="" type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 死亡				
<input type="checkbox"/> 受給終了(□失業保険 □出産手当金 □傷病手当金)					㉔仕送額(⑰欄が別居の場合のみ記入)					→(□失業保険 □出産手当金 □傷病手当金 □年金)					<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					<input type="checkbox"/> その他()				
㉕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、①～⑮・⑮をご記入下さい。
※追加する被扶養者が「配偶者」の場合は、⑮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										※太枠内に、事実を正確にご記入ください。 ※ご記入の際は、別紙【記入上の注意】を参考にしてください。						
	XXXXXX	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 男	昭和	41	5	1	〒XXXX-XXXX 愛媛県 松山市 堀江町 XXX-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 7 3			追加 削除		

追加の場合は⑪～⑮・⑮を、削除の場合は⑪～⑬・⑮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)

⑮申請理由が発生した年月日は、⑮または⑮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			⑱申請理由が			⑲証明 書類の 添付				
	⑫氏名	ミウラ ダイスケ		男	昭和	2	9	20	長男	アルバイト	住所(単身赴任・別居の場合のみ被扶養者の住所を記入) <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 被保険者が単身赴任 <input type="checkbox"/> 別居 〒 -			発生した年月日 平成 令和 元 6 30			あり なし		
被 扶 養 者	異動内容:追加										異動内容:削除								
	㉑追加後の年収見込(なしの場合は0を記入)					㉒手当金等受給予定					㉓申請理由(削除)								
<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					72 万円/年					<input type="checkbox"/> 受給予定あり(令和 年 月～受給予定)					<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 死亡				
<input type="checkbox"/> 受給終了(□失業保険 □出産手当金 □傷病手当金)					㉔仕送額(⑰欄が別居の場合のみ記入)					→(□失業保険 □出産手当金 □傷病手当金 □年金)					<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					<input type="checkbox"/> その他()				
㉕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、①～⑭・⑮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。

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										※太枠内に、事実を正確にご記入ください。 ※ご記入の際は、別紙【記入上の注意】を参考になしてください。										
	XXXXXX	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	男	昭和	62	5	1	〒XXXX-XXXX 愛媛県 松山市 堀江町 XXX-XX 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 6 5				追加 削除	

追加の場合は①～③・⑤を、削除の場合は①～⑭・⑮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)

⑮申請理由が発生した年月日は、⑮または⑮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	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 6 3				あり なし																				
被 扶 養 者	異動内容:追加										異動内容:削除																												
	⑳申請理由(追加) <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(<input type="checkbox"/> 失業保険 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 傷病手当金) <input type="checkbox"/> その他()										㉑追加後の年収見込(なしの場合は0を記入) 万円/年 ㉒仕送額(⑰欄が別居の場合のみ記入) 仕送 万円/年										㉓手当金等受給予定 <input type="checkbox"/> 受給予定あり(令和 年 月～受給予定) →(<input type="checkbox"/> 失業保険 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 年金) <input type="checkbox"/> 受給予定なし										㉔申請理由(削除) <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 死亡 <input checked="" type="checkbox"/> 受給開始(<input checked="" type="checkbox"/> 失業保険 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 傷病手当金) <input type="checkbox"/> その他()								
㉕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、①～⑮・⑯をご記入下さい。
※追加する被扶養者が「配偶者」の場合は、㉕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										※太枠内に、事実を正確にご記入ください。 ※ご記入の際は、別紙【記入上の注意】を参考になしてください。										
	XXXXXX	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	男	昭和	62	5	1	〒XXXX-XXXX 愛媛県 松山市 堀江町 XXX-XX 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 6 10				追加 削除	

追加の場合は①～③・⑤を、削除の場合は①～⑭・⑮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)

⑮申請理由が発生した年月日は、⑮または⑮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	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 6 8				あり なし																				
被 扶 養 者	異動内容:追加										異動内容:削除																												
	㉕申請理由(追加) <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 checked="" type="checkbox"/> 受給終了(<input checked="" type="checkbox"/> 失業保険 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 傷病手当金) <input type="checkbox"/> その他()										㉖追加後の年収見込(なしの場合は0を記入) 0 万円/年 ㉗仕送額(⑰欄が別居の場合のみ記入) 仕送 万円/年										㉘手当金等受給予定 <input type="checkbox"/> 受給予定あり(令和 年 月～受給予定) →(<input type="checkbox"/> 失業保険 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 年金) <input checked="" type="checkbox"/> 受給予定なし										㉙申請理由(削除) <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 受給開始(<input type="checkbox"/> 失業保険 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 傷病手当金) <input type="checkbox"/> その他()								
㉚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																			