

健康保険 被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	課長	係長	係員

正

- ◎ 事実が発生した日から5日以内に届出してください。
- ◎ 記入の方法は3枚目にあります。
- ◎ 「※」欄は記入しないでください。
- ◎ ㊦は被保険者・事業主がそれぞれ署名した場合は省略できます。

被保険者欄	健康保険被保険者証の記号	健康保険被保険者証の番号	生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男・女	異動の別	追加 削除(変更)
	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	資格取得 年月日	昭和 平成	年	月	日	標準報酬 月額	千円	X	
	配偶者の有無	有・無	配偶者の収入は 被保険者より	多い・少ない	備考		住所 〒 -				

子どもを扶養に入れる場合は、被保険者の配偶者の前年分収入証明が必要です(年間収入の多い方で扶養していただくため)。ただし、配偶者が当健保組合の被扶養者となっている場合は省略することができます。

被扶養者欄 1	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男・女	続柄 (長男・長女等)
	職業	平均 月収	円	住所	同居 別居	別居の理由() 別居の場合 〒 -				
	被扶養者になった日 平成 年 月 日	被扶養者でなくなった日 平成 年 月 日	理由 新規・出生・婚姻・退職 就職・離婚・死亡・その他 その他の理由または就職・死亡年月日	給付金 等受給 予定の 有 無	失業給付(有・無) 傷病手当金(有・無) 出産手当金(有・無)	回収区分 ※ 添付 ・ 滅失				

被扶養者欄 2	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男・女	続柄 (長男・長女等)
	職業	平均 月収	円	住所	同居 別居	別居の理由() 別居の場合 〒 -				
	被扶養者になった日 平成 年 月 日	被扶養者でなくなった日 平成 年 月 日	理由 新規・出生・婚姻・退職 就職・離婚・死亡・その他 その他の理由または就職・死亡年月日	給付金 等受給 予定の 有 無	失業給付(有・無) 傷病手当金(有・無) 出産手当金(有・無)	回収区分 ※ 添付 ・ 滅失				

被扶養者欄 3	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男・女	続柄 (長男・長女等)
	職業	平均 月収	円	住所	同居 別居	別居の理由() 別居の場合 〒 -				
	被扶養者になった日 平成 年 月 日	被扶養者でなくなった日 平成 年 月 日	理由 新規・出生・婚姻・退職 就職・離婚・死亡・その他 その他の理由または就職・死亡年月日	給付金 等受給 予定の 有 無	失業給付(有・無) 傷病手当金(有・無) 出産手当金(有・無)	回収区分 ※ 添付 ・ 滅失				

平成 年 月 日提出 / 受付日付印

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	㊦
電話番号	()

社会保険労務士の提出代行者印	
㊦	

健康保険 被扶養者(異動)届

副

- ◎ 事実が発生した日から5日以内に届出してください。
- ◎ 記入の方法は3枚目にあります。
- ◎ 「※」欄は記入しないでください。
- ◎ ㊦は被保険者・事業主がそれぞれ署名した場合は省略できます。

健康保険被保険者証の記号		健康保険被保険者証の番号		生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男・女	異動の別	追加 削除(変更)
被 保 険 者 欄	氏名 (フリガナ) (氏)(名)		資格取得 年月日	昭和 平成	年	月	日	標準報酬 月額	千円			
	住所		〒 -									
配偶者の有無		有・無		配偶者の収入は 被保険者より		多い・少ない		備考				

子どもを扶養に入れる場合は、被保険者の配偶者の前年分収入証明が必要です(年間収入の多い方で扶養していただくため)。ただし、配偶者が当健保組合の被扶養者となっている場合は省略することができます。

被 扶 養 者 欄	氏名 (フリガナ) (氏)(名)		生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男・女	続柄 (長男・長女等)	備考				
	職業		平均 月収	円		住所		同居 別居	別居の理由() 別居の場合 〒 -						
1		被扶養者になった日	平成	年	月	日	被扶養者でなくなった日	平成	年	月	日	理由	新規・出生・婚姻・退職 就職・離婚・死亡・その他 その他の理由または就職・死亡年月日	給付金 等受給 予定の 有無	失業給付(有・無) 傷病手当金(有・無) 出産手当金(有・無)
		被扶養者 認定日	※			回収区分	※	添付		減失					

被 扶 養 者 欄	氏名 (フリガナ) (氏)(名)		生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男・女	続柄 (長男・長女等)	備考				
	職業		平均 月収	円		住所		同居 別居	別居の理由() 別居の場合 〒 -						
2		被扶養者になった日	平成	年	月	日	被扶養者でなくなった日	平成	年	月	日	理由	新規・出生・婚姻・退職 就職・離婚・死亡・その他 その他の理由または就職・死亡年月日	給付金 等受給 予定の 有無	失業給付(有・無) 傷病手当金(有・無) 出産手当金(有・無)
		被扶養者 認定日	※			回収区分	※	添付		減失					

被 扶 養 者 欄	氏名 (フリガナ) (氏)(名)		生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男・女	続柄 (長男・長女等)	備考				
	職業		平均 月収	円		住所		同居 別居	別居の理由() 別居の場合 〒 -						
3		被扶養者になった日	平成	年	月	日	被扶養者でなくなった日	平成	年	月	日	理由	新規・出生・婚姻・退職 就職・離婚・死亡・その他 その他の理由または就職・死亡年月日	給付金 等受給 予定の 有無	失業給付(有・無) 傷病手当金(有・無) 出産手当金(有・無)
		被扶養者 認定日	※			回収区分	※	添付		減失					

事業所 所在地	〒 -
事業所 名称	
事業主 氏名	様
電話番号	()

平成 年 月 日提出された健康保険被扶養者 届 に
異動届
もとづき、うえの者が、被扶養者 と認定
から削除 されましたので通知します。

東京不動産健康保険組合
理事長

(付記)
この通知書が、被保険者の届け出た事項と相違するときは、すみやかに、
そのことを被保険者に通知してください。

[記入方法]

1. 「生年月日」及び「資格取得年月日」欄の年号は、該当する文字を選択してください。
たとえば、昭和50年2月7日生まれの場合は、「

昭和	5	0	0	2	0	7
平成						

」のように記入してください。
2. 「異動の別」欄は、被保険者資格取得と同時に提出するときは記入しないでください。それ以外の場合は、被扶養者が増えたときは「追加」を、減ったとき又は、被扶養者の氏名に変更があった場合は「削除(変更)」を選択してください。
3. 「被扶養者になった日」及び「被扶養者でなくなった日」欄の年月日は、たとえば平成27年1月1日の場合は「

2	7	0	1	0	1
---	---	---	---	---	---

」のように記入してください。「被扶養者認定日」欄の※印欄は記入しないでください。
4. 「性別」欄は、該当する文字を選択してください。
5. 「続柄」欄は、被保険者との続柄を「妻」「長男」「父」「母」など詳しく記入してください。
6. 「個人番号(マイナンバー)」欄は、被扶養者が増えたときのみ被扶養者ご本人のマイナンバーを記入してください。
7. 「職業」欄は、「パート」「年金収入」「中学3年」「大学1年」など、その実態がわかるように記入してください。
8. 「平均月収」欄は被扶養者になる方に収入があるときは、月平均収入額(年金等も含む)を記入し、収入がないときは、「0」を記入してください。
9. 「被扶養者になった日」欄は、被保険者資格取得と同時に提出する方については、被保険者の「資格取得年月日」を記入し、その後に加えられる方については「生年月日」「婚姻年月日」など事実の発生した年月日を記入してください。
10. 「被扶養者でなくなった日」欄は、死亡により被扶養者から削除される方は「死亡日の翌日」、就職等により被扶養者から削除される方については、「就職日」等(当該事由が発生した日)を記入してください。
11. 「理由」欄は、被扶養者を追加するときは「新規」(被保険者資格取得届と同時に提出するとき)「出生」「婚姻」及び「退職」、被扶養者を削除するときは「就職」「離婚」及び「死亡」のいずれかを選択して、「その他」の場合は理由を()に明記してください。
12. 被扶養者の「住所」欄は、「同居」又は「別居」のいずれかを選択し、別居の場合は理由と住民票の住所を記入してください。
13. 「給付金等受給予定の有無」欄は、失業給付・傷病手当金・出産手当金を受給する(予定を含む)場合は、「有」を、受給しない場合は「無」をそれぞれ選択してください。

[この届書に添付して提出するもの]

1. 被扶養者から削除される方及び被扶養者の氏名を変更される方は、該当者分の「健康保険被保険者証」を、滅失したため添付できないときは「健康保険被保険者証滅失届」を提出してください。
2. 高校生以上の方を被扶養者として届出する場合は、「非課税証明書」「在学証明書」など。60歳以上の方の場合は、年金額改定通知(直近のもの)の写しなど。
3. 被保険者の姓が異なる方を被扶養者として届出する場合は、その方と被保険者の続柄を確認できる「戸籍謄本」。

*その他書類の詳細については、当健保組合のホームページ(<http://www.tfkenpo.or.jp/>)等をご覧ください。

お問い合わせ先 03-3343-2803(適用係)