

健康保険 被扶養者(異動)届 氏名変更届

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係員

- ◎ 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。
- ◎ 「正」「副」一対で提出してください。

正

被保険者欄	記号	番号	生年月日	昭・平	年	月	日	性別	男・女	異動の別	追加 削除(変更)
	氏名 (フリガナ) (氏)	資格取得 年月日	昭・平 令	年	月	日	標準報酬 月額	千円	※		
		住民票 住所	〒								
		居所	住民票住所と異なる場合のみ記入してください。 〒								
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収入証明が必要です(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)	生年月日	昭・平 令	年	月	日	性別	男・女	続柄 (長男・長女等)				
		個人番号 (マイナンバー)	備考										
	職業 (学年等)	平均 月収	円	同別居	同居・別居	(別居の理由:)							
				住民票 住所	〒				資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要			
	居所	住民票住所と異なる場合のみ記入してください。 〒											
被扶養者 になった日	令和	年	月	日	被扶養者 でなくなった日	令和	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	令和	年	月	日	回収区分	※	添付	・	減失				

被扶養者欄 2	氏名 (フリガナ) (氏)	生年月日	昭・平 令	年	月	日	性別	男・女	続柄 (長男・長女等)				
		個人番号 (マイナンバー)	備考										
	職業 (学年等)	平均 月収	円	同別居	同居・別居	(別居の理由:)							
				住民票 住所	〒				資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要			
	居所	住民票住所と異なる場合のみ記入してください。 〒											
被扶養者 になった日	令和	年	月	日	被扶養者 でなくなった日	令和	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	令和	年	月	日	回収区分	※	添付	・	減失				

被扶養者欄 3	氏名 (フリガナ) (氏)	生年月日	昭・平 令	年	月	日	性別	男・女	続柄 (長男・長女等)				
		個人番号 (マイナンバー)	備考										
	職業 (学年等)	平均 月収	円	同別居	同居・別居	(別居の理由:)							
				住民票 住所	〒				資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要			
	居所	住民票住所と異なる場合のみ記入してください。 〒											
被扶養者 になった日	令和	年	月	日	被扶養者 でなくなった日	令和	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	令和	年	月	日	回収区分	※	添付	・	減失				

令和 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

健康保険 被扶養者(異動)届 氏名変更届

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。
- ◎ 「正」「副」一対で提出してください。

被保険者欄	記号	番号	生年月日	昭・平	年	月	日	性別	男・女	異動の別	追加 削除(変更)
	氏名 (フリガナ) (氏)	資格取得 年月日	昭・平	年	月	日	標準報酬 月額	千円	※		
	住所	住民票 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収入証明が必要です(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)	生年月日	昭・平	年	月	日	性別	男・女	続柄 (長男・長女等)					
	職業 (学年等)	平均 月収	円	同別居	同居・別居	(別居の理由:)	住民票 住所	資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要					
	被扶養者になった日	令和	年	月	日	被扶養者でなくなった日	令和	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	令和	年	月	日	回収区分	※	添付	・	減失				

被扶養者欄2	氏名 (フリガナ) (氏)	生年月日	昭・平	年	月	日	性別	男・女	続柄 (長男・長女等)					
	職業 (学年等)	平均 月収	円	同別居	同居・別居	(別居の理由:)	住民票 住所	資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要					
	被扶養者になった日	令和	年	月	日	被扶養者でなくなった日	令和	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	令和	年	月	日	回収区分	※	添付	・	減失				

被扶養者欄3	氏名 (フリガナ) (氏)	生年月日	昭・平	年	月	日	性別	男・女	続柄 (長男・長女等)					
	職業 (学年等)	平均 月収	円	同別居	同居・別居	(別居の理由:)	住民票 住所	資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要					
	被扶養者になった日	令和	年	月	日	被扶養者でなくなった日	令和	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	令和	年	月	日	回収区分	※	添付	・	減失				

令和 年 月 日 提出された健康保険被扶養者(異動)届にもとづき、うへの者が、被扶養者から削除されたと認定されましたので通知します。

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	様
電話番号	()

この処分不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書又は口頭で社会保険審査官(地方厚生(支)局内)に対して審査請求をすることができます。また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。

再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2か月以内に文書又は口頭で社会保険審査会(厚生労働省)内に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6か月以内(再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6か月以内)に、健康保険組合を被告として提起することができます。(ただし、原則として決定又は裁決の日から1年を経過したときは、提起することができません。)

なお、審査請求があった日から2か月を経過しても決定がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。

この通知書に基づき、被保険者に通知してください。

東京不動産健康保険組合 理事長

[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	平	5	0	0	2	0	7
---	---	---	---	---	---	---	---

」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. 被保険者の「住民票住所」欄は、住民票の住所を正確に記入してください。
「居所」欄は、住民票住所と居所が異なる場合のみ記入してください。
4. 「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、たとえば令和8年5月1日の場合は「

令和	0	8	0	5	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。
5. 「性別」欄は、該当する文字を選択してください。
6. 「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。
7. 「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。
8. 「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。
9. 「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。
10. 「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。
11. 「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。
12. 「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。
13. 被扶養者の「同居別居」欄は、「同居」または「別居」のいずれかを選択し、別居の場合は理由を記入してください。
「住民票住所」欄は、被保険者と別居の場合のみ記入してください。
「居所」欄は、住民票住所と居所が異なる場合のみ記入してください。
14. 「資格確認書発行要否」欄は、資格確認書の発行が必要な場合(※)に「発行が必要」にチェックを入れてください。
※以下に該当する場合に限ります。
 - ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
 - ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
 - ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者
15. 「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]

<被扶養者を削除する場合・被扶養者の氏名を変更する場合>

「資格確認書」の交付を受けている方は、該当者の「資格確認書」を、「高齢受給者証」の交付を受けている方は、該当者の「高齢受給者証」を提出してください。
※上記いずれか滅失により提出できないときは「健康保険資格確認書・高齢受給者証滅失届」を提出してください。

<被扶養者を追加する場合>

続柄や認定理由に応じた書類の添付が必要です。書類の詳細については「添付書類一覧」をご覧ください。

※家族の加入、削除についての詳細は、当健保組合のホームページ

(https://www.tfkenpo.or.jp/member/outline/family_a.html) 等をご覧ください。

お問い合わせ先 03-3343-2803(情報管理一課)