

**【記入例】**

健康保険 被扶養者（異動）届

一次確認	二次確認	マネジャー	担当主査	スタッフ

年 月 日 提出

**被扶養者から除かれるとき**

健康保険 事業所記号	6 6 6 6
事業所所在地	〒 111 - 0000 東京都千代田区〇-△-×
事業所 名称	(株)TJK
事業主 氏名	木村 一郎
電話番号	03 ( 32△△ ) 1111
確認欄	<input checked="" type="checkbox"/> この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがなければ申請者本人が確認している。

記載内容をご確認のうえ、チェック「」を入れてください

社会保険労務士の提出代行者

③、④、⑤、⑧はいずれかを選択してください。

① 被保険者証の番号	1	② 氏名	フリガナ ケンボ ジロウ 氏 健保 二郎	③ 生年月日	昭和平成令和 4 1 0 1 0 1	④ 性別	男 女
⑤ 取得年月日	昭和平成令和 0 1 1 1 0 1	⑥ 標準報酬月額	3 8 0 千円	⑦ この届を出す際の年間収入		⑧ 配偶者の有無	有 無

②、③、⑥、⑦はいずれかを選択してください。

① 氏名	フリガナ ケンボ ハナコ 氏 健保 花子	② 生年月日	昭和平成令和 4 5 1 1 1 1	③ 性別	男 女	④ (例)長男続柄	妻	⑤ 職業	
⑥ 被扶養者になった日	昭和平成令和	⑦ 被扶養者から除かれた日	昭和平成令和 0 3 1 0 0 1	⑧ 被扶養者になった理由又は除かれた理由	就職のため	⑨ 月平均収入額		⑩ 個人番号	
⑪ 住所	〒 -		⑫ 備考						

削除の場合は、個人番号の記入は不要です。

**※注意※**  
例①就職による削除  
→就職日当日をご記入ください。  
例②健康保険加入による削除  
→新しく交付された健康保険証に記載されている「資格取得日」をご記入ください。  
例③収入超過による削除  
→月収が継続して108,333円を超える見込みとなった日をご記入ください。(契約変更日など)

出産（予定）により退職した妻を扶養申請される方は、以前の健康保険について記入してください。

以前の健康保険証の種類・連絡先	勤務先の名称			出産予定日
全国健康保険協会 ( ) 支部				年
( ) 健康保険組合				
( ) 国民健康保険	保険証の記号・番号	資格取得日	資格喪失日	月 日
( ) 共済組合	記号 番号	年 月 日	年 月 日	
TEL ( )				

健保使用欄

東京都情報サービス産業健康保険組合

受領者名	受領枚数
	枚

所・退・雇条・年振・離(1・2・喪)・受資・延長・年手・確申・住・戸籍・母子・賃台・現況・学生証  
出勤簿・表証明・申立・送金・理由書・国3・源泉・婚姻・出生・受付票・返封・控・在学・在留・パス・無