

【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

被扶養者として申請するとき

提出者記入欄	健康保険事業所記号	6 6 6 6
	〒	111 - 0000
	事業所所在地	東京都千代田区〇-△-×
	事業所名称	株式会社 JK
	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いか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 健保 名 ジロウ 二郎	③ 生年月日	昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 <input type="radio"/> 4 1 0 1 0 1	④ 性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
⑤ 取得年月日	昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 <input checked="" type="radio"/> 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	4,560,000 円	⑧ 配偶者の有無	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>

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 健保 氏名 氏 名 ハナコ 花子	② 生年月日	昭和 <input type="radio"/> 平成 <input checked="" type="radio"/> 令和 <input type="radio"/> 4 5 1 1 1 1	③ 性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	④ (例)長男 続柄	妻	⑤ 職業	無職
⑥ 被扶養者になった日	平成 <input type="radio"/> 令和 <input checked="" type="radio"/> 0 1 1 1 0 1	⑦ 被扶養者から除かれた日	平成 <input checked="" type="radio"/> 令和 <input type="radio"/>	⑧ 被扶養者になった理由又は除かれた理由	入社に伴い		⑨ 月平均収入額	0 円	
⑩ 個人番号	0 0 0 0 1 1 1 1 2 2 2 Δ	⑪ 住所 (別居の場合のみ記載)	〒 -		⑫ 備考				

① 氏名	フリガナ ケンボ 健保 氏名 氏 名 サプロウ 三郎	② 生年月日	昭和 <input type="radio"/> 平成 <input checked="" type="radio"/> 令和 <input type="radio"/> 0 3 0 4 0 1	③ 性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	④ (例)長男 続柄	長男	⑤ 職業	アルバイト
⑥ 被扶養者になった日	平成 <input type="radio"/> 令和 <input checked="" type="radio"/> 0 1 1 1 0 1	⑦ 被扶養者から除かれた日	平成 <input checked="" type="radio"/> 令和 <input type="radio"/>	⑧ 被扶養者になった理由又は除かれた理由	入社に伴い		⑨ 月平均収入額	50,000 円	
⑩ 個人番号	1 1 1 1 2 2 2 2 3 3 3 ×	⑪ 住所 (別居の場合のみ記載)	〒 -		⑫ 備考				

① 氏名	フリガナ ケンボ 健保 氏名 氏 名 カズミ 一美	② 生年月日	昭和 <input type="radio"/> 平成 <input checked="" type="radio"/> 令和 <input type="radio"/> 1 0 1 0 1 0	③ 性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	④ (例)長男 続柄	長女	⑤ 職業	学生
⑥ 被扶養者になった日	平成 <input type="radio"/> 令和 <input checked="" type="radio"/> 0 1 1 1 0 1	⑦ 被扶養者から除かれた日	平成 <input type="radio"/> 令和 <input type="radio"/>	⑧ 被扶養者になった理由又は除かれた理由	入社に伴い		⑨ 月平均収入額	0 円	
⑩ 個人番号	2 2 2 2 3 3 3 3 4 4 Δ 4	⑪ 住所 (別居の場合のみ記載)	〒 111 - 2222 千葉県千葉市〇-△-×-101		⑫ 備考				

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	
TEL ()				

健康保険用欄

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 ・ 喪 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