

**【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時(任意継続用)**

健康保険 事業所記号	9 9 9 9
住所	〒 124 - 0012 東京都葛飾区立石〇-〇-〇〇
氏名	木村 一郎
電話番号	090 ( 11△△ ) 22××
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。

受付印

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	333333	② フリガナ 氏名	キムラ 木村 伊チロウ 一郎	③ 生年月日	昭和 4 9 1 2 2 0 平成 令和	④ 性別	男 女
⑤ 取得年月日	昭和 0 3 0 4 0 1 平成 令和	⑥ 標準報酬月額	3,000,000 円	⑦ この届を出す際の年間収入	3,000,000 円	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 フリガナ 氏名	キムラ 木村 ユウジ 優二	② 生年月日	昭和 1 0 1 1 3 0 平成 令和	③ 性別	男 女	④ (例)長男 続柄	次男	⑤ 職業	無職
⑥ 被扶養者になった日	平成 0 3 1 0 0 1 令和	⑦ 被扶養者から除かれた日	平成 令和	⑧ 被扶養者になった理由又は除かれた理由	離職のため	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 △
⑪ 住所	〒 -	⑫ 備考							

退職時に認定していなかった被扶養者を申請する際には、添付書類が必要になります。必要となる書類については、ホームページ内の「被扶養者の申請に必要な添付書類一覧表」をご参照ください。

① フリガナ 氏名		② 生年月日	昭和 平成 令和	③ 性別	男 女	④ (例)長男 続柄		⑤ 職業	
⑥ 被扶養者になった日	平成 令和	⑦ 被扶養者から除かれた日	平成 令和	⑧ 被扶養者になった理由又は除かれた理由		⑨ 月平均収入額	円	⑩ 個人番号	
⑪ 住所	〒 -	⑫ 備考							

① フリガナ 氏名		② 生年月日	昭和 平成 令和	③ 性別	男 女	④ (例)長男 続柄		⑤ 職業	
⑥ 被扶養者になった日	平成 令和	⑦ 被扶養者から除かれた日	平成 令和	⑧ 被扶養者になった理由又は除かれた理由		⑨ 月平均収入額	円	⑩ 個人番号	
⑪ 住所	〒 -	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	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