

**【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(任意継続用)**

提出者記入欄	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無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。

被保険者	① 被保険者証の番号	333333	② フリガナ 氏名	キムラ 木村 一郎	③ 生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和	年	月	日	④ 性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
	⑤ 取得年月日	<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input checked="" type="radio"/> 令和	年	月	日	⑥ 標準報酬月額	3,000,000	⑦ この届を出す際の年間収入	3,000,000	⑧ 配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無

②、③、⑥、⑦はいずれかを選択してください。

被扶養者	① フリガナ 氏名	キムラ 木村 優二	② 生年月日	<input type="radio"/> 昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和	年	月	日	③ 性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	④ (例)長男 続柄	次男	⑤ 職業		
	⑥ 被扶養者になった日	<input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和	年	月	日	⑦ 被扶養者から除かれた日	<input type="radio"/> 平成 <input checked="" type="radio"/> 令和	年	月	日	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 (別居の場合のみ記載)	〒 -	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	
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