健康保険被扶養者（異動）届

（子が出生し扶養したい場合の記入例）

被保険者	被保険者証の記号	７７×	被保険者証の番号	×××	生年月日	昭・平・令	5	年 0	0	月 5	0	日 1	記入者	☑ 本人記入
	氏名	（フリガナ）ｹﾝﾎﾟ（氏）健保		ﾀﾛｳ（名）太郎	取得年月日	昭・平・令	1	年 9	0	月 4	0	日 1	配偶者	有 ・ 無
	住民票住所	〒 424 - 924		（フリガナ）ｼｽﾞｵｶｼｼﾐｽﾞｸｾｲｶｲ									住所確認	☑ ※住民票住所と居所住所が同じ場合は✓の上、住民票住所のみ記入し、居所住所の記入は不要です。違う場合は両方の住所を記入してください。
		静岡市清水区清開１丁目４番１０号												
	居所住所	〒 -		（フリガナ）										

※住所はマンション名・部屋番号まで正確に記入してください。（以下、被扶養者欄も同様に記入してください。）

被扶養者欄1	氏名	（フリガナ）ｹﾝﾎﾟ（氏）健保				ｼﾞﾛｳ（名）二郎			生年月日	昭・平・令	0	年 7	0	月 4	2	日 0	性別	男 女						
	続柄	子	職業	無職	収入（年収）	0 万円	個人番号	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	備考				
	被扶養者になった日	令和	0	年 7	0	月 4	2	日 0	被扶養者から除かれた日	令和							理由	出生のため						
	住民票住所	被保険者と同じ ☑	〒 ―						（フリガナ）								資格確認書発行要否・必要な理由	☑ 発行が必要 理由に○（必須）						
	居所住所	被保険者と同じ ☑	〒 ―						（フリガナ）									1 マイナンバーカード未取得 2．健康保険利用登録なし等 3．電子証明期限切						

削除の場合、個人番号の記載は不要

資格確認書の発行は以下に該当する場合に限ります。
1.マイナンバーカードを持っていない、または返納している。
2.マイナンバーカードの保険証利用登録を行っていない、又は解除している
3.マイナンバーカードの電子証明書が有効期限切れになっている

※被保険者と住民票住所や居所住所が…ください。（他の被扶養者欄においても同様）

被扶養者欄2	氏名	（フリガナ）（氏）																		性別	男 女			
	続柄		職業		収入（年収）	円	個人番号													備考				
	被扶養者になった日	令和		年		月		日	被扶養者から除かれた日	令和		年		月		日	理由							
	住民票住所	被保険者と同じ ☑	〒 ―						（フリガナ）								資格確認書発行要否・必要な理由（裏面参照）	☑ 発行が必要 理由に○（必須）						
	居所住所	被保険者と同じ ☑	〒 ―						（フリガナ）									1．マイナンバーカード未取得 2．健康保険利用登録なし等 3．電子証明期限切						

被扶養者欄3	氏名	（フリガナ）（氏）				（名）			生年月日	昭・平・令		年		月		日	性別	男 女						
	続柄		職業		収入（年収）	円	個人番号													備考				
	被扶養者になった日	令和		年		月		日	被扶養者から除かれた日	令和		年		月		日	理由							
	住民票住所	被保険者と同じ ☑	〒 ―						（フリガナ）								資格確認書発行要否・必要な理由（裏面参照）	☑ 発行が必要 理由に○（必須）						
	居所住所	被保険者と同じ ☑	〒 ―						（フリガナ）									1．マイナンバーカード未取得 2．健康保険利用登録なし等 3．電子証明期限切						

・日本国内に被扶養者の住民票がない場合は、裏面の要件を確認いただき、該当する番号を備考欄に記載してください。

・事業主の確認により本人押印・署名を省略した場合は、該当するものにチェックをしてください。

☑ 本人押印・署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました

☑ 本人押印・署名の省略にあたり、記載内容について誤りがないか被保険者本…

本人が記入しない場合、事業主がチェックしてください。２か所

事業所所在地	事業主記載欄
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

令和　　年　　月　　日　提出

社会保険労務士記載欄

フジ日本健康保険組合

2025.4改定