# 健康保険被扶養者（異動）届　（子が退職し収入減を理由に扶養したい場合の記入例）

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者欄 | 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 | （フリガナ）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 | | | （フリガナ）ｲﾁﾛｳ（名）一郎 | | | | 生年月日 | 昭・平・令 | 1 | 年 8 | 0 | 月 7 | 1 | 日 0 | 性別 | 男 | 女 | | | | | |
| | 続柄 | 子 | 職業 | アルバイト | 収入（年収） | 48 万円 | 個人番号 | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | 備考 | | | | |
| | 被扶養者になった日 | 令和 | 0 | 年 7 | 0 | 月 8 | 0 | 日 1 | 被扶養者から除かれた日 | 令和 | | | | | | | 理由 | 退職し収入減となった為 | | | | | | |
| | 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） 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 | | | | | | |
| | 居所住所 | 被保険者と同じ ☑ | 〒 | | | | | | （フリガナ） | | | | | | | | | | | | | | | |

削除の場合、個人番号の記載は不要

７月３１日退職の場合、翌日８月１日

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） | | | | | | | | | | | | | | | 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） 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 | | | | | | |
| | 居所住所 | 被保険者と同じ ☑ | 〒 | | | | | | （フリガナ） | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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） 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 | | | | | | |
| | 居所住所 | 被保険者と同じ ☑ | 〒 | | | | | | （フリガナ） | | | | | | | | | | | | | | | |

・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