

正

健康保険被扶養者(異動)届

常務理事	担当者	担当者

令和 XX 年 XX 月 XX 日 提出

被保険者欄	記号	8XX	番号	XXXX	事業所名	株式会社〇△□	取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	X	X	X	X	X	X	年収	〇〇〇	万円
	フリガナ	ケンボ タロウ					氏名	健保 太郎	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	X	X	X	X	X	性別	1.男 2.女
	住民票住所	〒 123 - 4567 東京都〇〇区△△町□番地 〇△□マンションXX号					居所	〒 123 - 4567 東京都●●区▲▲町■■-◆◆									

被扶養者になった場合は「加入」、被扶養者でなくなった場合は「脱退」を○で囲んでください。※1

被扶養者欄 1	フリガナ	ケンボ ハナコ					氏名	健保 花子	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	X	X	X	X	X	性別	1.男 2.女	続柄	妻
	住所	※該当No.に○ 1.住民票住所で同居 2.居所住所で同居 3.別居					電話番号	1.自宅 2.携帯 3.勤務先 4.その他 03 - 1234 - 5678			海外特例要件	理由 1.留学 2.同行家族 3.特定活動 4.海外婚姻 5.その他()							
	加入	被扶養者になった日 ※2	令和	X	X	X	X	X	理由	1.出生 2.結婚 3.離職 4.収入減 5.雇用保険終了 6.その他()		年収	〇〇〇	万円	職業	1.無職 2.パート・アルバイト 3.年金受給者 4.小・中学生以下 5.高・大学生(年生) 6.その他()			
	脱退	被扶養者でなくなった日 ※5	令和						理由	1.死亡(年 月 日) 2.就職 3.収入増加 4.後期高齢者 5.その他()		備考							
	マイナ保険証	<input checked="" type="checkbox"/> マイナンバーカード取得あり <input type="checkbox"/> マイナンバーカード取得なし		<input checked="" type="checkbox"/> これまで健康保険証と紐づけたことがある → マイナ保険証で受診してください ※3・※4 <input type="checkbox"/> 健康保険証との紐づけ無し → 資格確認書を交付します(健康保険証との紐づけをしてください) <input type="checkbox"/> 資格確認書を交付します(マイナンバーカードを取得し、健康保険証との紐づけをしてください)															

被扶養者欄 2	フリガナ						氏名		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和						性別	1.男 2.女	続柄	
	住所	※該当No.に○ 1.住民票住所で同居 2.居所住所で同居 3.別居					電話番号	1.自宅 2.携帯 3.勤務先 4.その他 -			海外特例要件	理由 1.留学 2.同行家族 3.特定活動 4.海外婚姻 5.その他()							
	加入	被扶養者になった日 ※2	令和						理由	1.出生 2.結婚 3.離職 4.収入減 5.雇用保険終了 6.その他()		年収		万円	職業	1.無職 2.パート・アルバイト 3.年金受給者 4.小・中学生以下 5.高・大学生(年生) 6.その他()			
	脱退	被扶養者でなくなった日 ※5	令和						理由	1.死亡(年 月 日) 2.就職 3.収入増加 4.後期高齢者 5.その他()		備考							
	マイナ保険証	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード取得あり <input type="checkbox"/> マイナンバーカード取得なし		<input type="checkbox"/> これまで健康保険証と紐づけたことがある → マイナ保険証で受診してください ※3・※4 <input type="checkbox"/> 健康保険証との紐づけ無し → 資格確認書を交付します(健康保険証との紐づけをしてください) <input type="checkbox"/> 資格確認書を交付します(マイナンバーカードを取得し、健康保険証との紐づけをしてください)															

- ※1 被扶養者の「加入」と「脱退」は同時に提出できません。「加入」、「脱退」はそれぞれ別の用紙で提出してください。
- ※2 「加入」は、事由発生から1カ月以内に異動事由を証明する書類を添えて提出し、健保組合が受理した場合に限って、その事実が発生した日に遡って認定します。
- ※3 「加入」時、マイナポータル上の健康保険証情報の反映に数日間要します。
- ※4 マイナ保険証未対応の医療機関を受診される場合は、マイナ保険証とあわせてKOSMO.Webの『資格情報のお知らせ』の提示が必要です。
- ※5 「脱退」は、事由発生から5日以内に必ず保険証もしくは資格確認書、及び交付されている認定証等を添えて提出してください。

受付年月日

健康保険被扶養者(異動)届

常務理事	担当者	担当者

令和 XX 年 XX 月 XX 日 提出

被保険者欄	記号	8XX	番号	XXXX	事業所名	株式会社〇△〇	取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	X	X	X	X	X	X	年収	〇〇〇	万円
	フリガナ	ケンボ タロウ				氏名	健保 太郎	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	X	X	X	X	X	性別	1.男 2.女	
	住民票住所	〒 123 - 4567 東京都〇〇区△△町〇番地 〇△〇マンションXX号				住所	〒 123 - 4567 東京都●●区▲▲町■■一◆◆										

被扶養者になった場合は「加入」、被扶養者でなくなった場合は「脱退」を○で囲んでください。※1

被扶養者欄 1	氏名	フリガナ	ケンボ ハナコ				生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	X	X	X	X	X	性別	1.男 2.女	続柄	妻		
	住所	※該当No.に〇 1.住民票住所で同居 2.居所住所で同居 3.別居				※「3.別居」を選択の場合ご記入ください				海外居住者又は海外から国内に転入した場合は右欄を記入してください。		海外特例要件該当	理由	1.留学 2.同行家族 3.特定活動 4.海外婚姻 5.その他()					
	電話番号	1.自宅 2.携帯 3.勤務先 4.その他()				03 - 1234 - 5678				海外特例要件非該当		理由	1.国内転入(令和 年 月 日) 2.その他()						
	加入	被扶養者になった日	令和	X	X	X	X	X	理由	1.出生 2.結婚 3.離職 4.収入減 5.雇用保険終了 6.その他()			年収	〇〇〇	万円	職業	1.無職 2.パート・アルバイト 3.年金受給者 4.小・中学生以下 5.高・大学生(年生) 6.その他()		
	脱退	被扶養者でなくなった日	令和						理由	1.死亡(年 月 日) 2.就職 3.収入増加 4.後期高齢者 5.その他()			備考						

マイナ保険証 (該当項目に○を入れてください) マイナンバーカード取得あり マイナンバーカード取得なし

これまで健康保険証と紐づけたことがある 健康保険証との紐づけ無し

マイナ保険証で受診してください ※3・※4
資格確認書を交付します(健康保険証との紐づけをしてください)

被扶養者欄 2	氏名	フリガナ					生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和						性別	1.男 2.女	続柄		
	住所	※該当No.に〇 1.住民票住所で同居 2.居所住所で同居 3.別居				※「3.別居」を選択の場合ご記入ください				海外居住者又は海外から国内に転入した場合は右欄を記入してください。		海外特例要件該当	理由	1.留学 2.同行家族 3.特定活動 4.海外婚姻 5.その他()				
	電話番号	1.自宅 2.携帯 3.勤務先 4.その他()								海外特例要件非該当		理由	1.国内転入(令和 年 月 日) 2.その他()					
	加入	被扶養者になった日	令和					理由	1.出生 2.結婚 3.離職 4.収入減 5.雇用保険終了 6.その他()			年収		万円	職業	1.無職 2.パート・アルバイト 3.年金受給者 4.小・中学生以下 5.高・大学生(年生) 6.その他()		
	脱退	被扶養者でなくなった日	令和					理由	1.死亡(年 月 日) 2.就職 3.収入増加 4.後期高齢者 5.その他()			備考						

マイナ保険証 (該当項目に○を入れてください) マイナンバーカード取得あり マイナンバーカード取得なし

これまで健康保険証と紐づけたことがある 健康保険証との紐づけ無し

マイナ保険証で受診してください ※3・※4
資格確認書を交付します(健康保険証との紐づけをしてください)

※1 被扶養者の「加入」と「脱退」は同時に提出できません。「加入」、「脱退」はそれぞれ別の用紙で提出してください。

※2 「加入」は、事由発生から1か月以内に異動事由を証明する書類を添えて提出し、健保組合が受理した場合に限って、その事実が発生した日に遡って認定します。

※3 「加入」時、マイナポータル上の健康保険証情報の反映に数日間要します。

※4 マイナ保険証未対応の医療機関を受診される場合は、マイナ保険証とあわせてKOSMO.Webの『資格情報のお知らせ』の提示が必要です。

※5 「脱退」は、事由発生から5日以内に必ず保険証もしくは資格確認書、及び交付されている認定証等を添えて提出してください。

受付年月日



令和 6 年 00 月 00 日提出

提出者情報	事業所所在地	〒 -
	事業所名称	事業主が記入
	事業主氏名	
	電話番号	()
事業主等 受付年月日	令和 年 月 日	

日本年金機構

社会保険労務士記載欄
氏名等

A. 配偶者欄 (第2号被保険者)	① 氏名	(フリガナ) ケンボ 太郎	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	③ 性別	1. 男性 2. 女性					
	住所	〒 123 - 4567 東京都 〇〇区△△町□番地 〇△□マンションXX号	④ 個人番号 [基礎年金番号]	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

届出内容に応じて、該当・非該当(変更)のいずれかを○で囲み、記入してください。

B. 第3号被保険者欄	① 氏名	この届書記載のとおり届出します。 令和 6 年 00 月 00 日 日本年金機構理事長あて (フリガナ) ケンボ ハナコ (氏名) 健保 花子	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	③ 性別 (続柄)	1. 夫(未届) 2. 妻 3. 夫(未届) 4. 妻(未届)						
	住所	〒 123 - 4567 東京都〇〇区△△町□番地 〇△□マンションXX号	④ 個人番号 [基礎年金番号]	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	⑨ 第3号被保険者 になった日	7. 平成 9. 令和	⑩ 理由	1. 配偶者の就職 2. 婚姻 3. 離職	4. 収入減少 5. その他	備考 該当Or非該当を 選択し記入									
	⑪ 配偶者の 加入制度	31. 厚生年金保険・健康保険 32. 国家公務員共済組合	36. 地方公務員等共済組合 37. 日本私立学校振興・共済事業団	30. 厚生年金保険・船員保 険											
⑫ 非該当 (変更) 第3号被保険者 でなくなった日	7. 平成 9. 令和	⑬ 理由	1. 死亡(令和 年 月 日) 2. 離婚 3. 収入増加 6. その他												
⑮ 海外特例 要件該当 海外へ転出した場合や 海外から転入した場合に いずれかを○で囲み、記 入してください。	1. 海外特例 要件該当 海外特例要件に 該当した日	9. 令和	⑯ 理由	1. 留学 2. 同行家族 3. 特定活動	4. 海外婚姻 5. その他										
⑰ 海外特例 要件非該当 海外特例要件に 非該当となった 日	9. 令和	⑱ 理由	1. 国内転入(令和 年 月 日) 2. その他												

健康保険証の発行元に確認を受けてください。 ※届書記載の配偶者が協会けんぽ加入者の場合は、確認不要です。

医療保険者記入欄	組合(保険者)番号	
	上記のとおり第3号被保険者関係届の届出がありましたので提出します。	
	届出記載の第3号被保険者は、健康保険組合又は共済組合に加入している者の被扶養者であることを確認する。 認定年月日 令和 年 月 日 (「⑨第3号被保険者になった日」と同じ場合は、記載の必要はありません)	
	所在地	〒 -
	名称	
代表者 等氏名		
電話	()	