

【記入見本】 被扶養者状況届（18歳以上）と必要添付書類を併せて
会社の健保担当部署へご提出ください。

健康保険被扶養者(異動)届

常務理事	事務長		係

提出日	和暦 令和6年 1月 1日								
被保険者証	記号	700	フリガナ	ケンポ タロウ	性別	生年月日			健保使用欄
	番号	1234567	被保険者氏名	健保 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	和暦 昭和50年 4月 2日			
会社名 及 事業所	ファイザー株式会社	資格 取得 年月日	和暦	令和2年 4月 1日	フリガナ	トウキョウト シブヤク ヨヨギ 3-22-7			標準報酬月額
			被保険者の 住所	〒123 - 4567 東京都渋谷区代々木3丁目22番7号			Tel	03 - 1234 - 5678	

フリガナ 被扶養者の氏名 (異動対象者のみ)	性別	生年月日	続柄 (詳しく)※4	同居別居 区分	被扶養者住所 (別居の場合のみ)	内容	異動の理由 ※5	異動年月日 (出生日・就職日等)	資格喪失 証明書※6	個人番号 (12桁) ※7											
ケンポ ハナコ	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	和暦 昭和48年 5月 1日	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	〒 -	<input checked="" type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 抹消	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 死亡 その他 (失業給付終了のため)	和暦 令和6年 1月 1日	<input type="checkbox"/> 要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
健保 花子	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	和暦 年 月 日		<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	〒 -	<input type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 抹消	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 死亡 その他 ()	和暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要												
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	和暦 年 月 日		<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	〒 -	<input type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 抹消	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 死亡 その他 ()	和暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要												
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	和暦 年 月 日		<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	〒 -	<input type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 抹消	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 死亡 その他 ()	和暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要												
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	和暦 年 月 日		<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	〒 -	<input type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 抹消	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 死亡 その他 ()	和暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要												

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	
提出日:	年 月 日

社会保険労務士の提出代行者印



【注意事項】

- ※1. 太枠の中を全て記入してください。被扶養者の氏名は今回の異動対象者のみ記入してください。
- ※2. 扶養の申請をするときは「被扶養者状況届(18歳以上)」を必要添付書類と共にご提出ください。詳細は健保ホームページの「被扶養者申請必要書類一覧表」にてご確認ください。
- ※3. 扶養の抹消をするときは抹消対象者の被保険者証を必ず添付の上ご提出ください。
- ※4. 続柄欄には妻・実父・長女・孫 など詳しく記入してください。
- ※5. 異動の理由のその他欄には養子縁組・廃業・同居・別居など事実を具体的に記入してください。
- ※6. 資格抹消時は必ず「資格喪失証明書」の要・不要に○をつけてください。
- ※7. 所属している事業主からマイナンバー提供方法について指示がある場合には、その方法に従ってください。

処理日: 年 月 日

ファイザー健康保険組合