

記入例

健康保険 被扶養者（異動）届

<扶養に入れるとき>

※ここでは（増加の）3つのケースを載せています。

注意事項

黒の油性ボールペンで記入ください。  
※フリクションボールペン等消せる筆記具は不可

注) 個人番号（マイナンバー）は健保事務担当者が記入してください。

被 保 険 者 欄	被保険者証の 記号	25	被保険者証の 番号	234	生年月日	昭和 平成 令和	0	2	0	1	0	3	標準報酬 月額	千円
	(フリガナ) 氏名	ゴタンダ 五反田	イチロウ 一郎	資格取得 年月日	昭和 平成 令和	0	2	0	4	0	1	給与以外の 年間収入	概算	20 万
	住所	〒225-0002 神奈川県横浜市青葉区美しが丘123												

被 扶 養 者 欄	氏名	(フリガナ) ゴタンダ 五反田	(名) コタロウ 小太郎	生年月日	昭和 平成 令和	2	8	0	6	0	1	性別	①男 2.女
	続柄	長男	職業	小学1年	住所	①同居 2.別居							
	扶養の事実が 生じた日	令和	0	2	0	4	0	0	0	0	0	備考欄	資格確認書 発行要否

・学生の場合は、学年を記入ください  
例：「中学2年」「大学3年」  
・出生の場合は、「新生児」「乳児」等  
記入ください

個人番号（マイナンバー）は健保事務担当者が  
記入してください

被 扶 養 者 欄	氏名	(フリガナ) ゴタンダ 五反田	(名) ハナコ 花子	生年月日	昭和 平成 令和	0	3	0	7	0	7	性別	1.男 ②女		
	続柄	妻	職業	パート	住所	①同居 2.別居									
	扶養の事実が 生じた日	令和	0	5	0	4	0	1	0	0	0	今後の年収 見込額	950,000円	備考欄	資格確認書 発行要否

マイナ保険証非保有者の方は「」を入  
れ、「理由書」を添付ください

被 扶 養 者 欄	氏名	(フリガナ) ゴタンダ 五反田	(名) クミエ クミエ	生年月日	昭和 平成 令和	3	0	0	0	0	0	性別	女		
	続柄	実母	職業	無職	住所	1.同居 ②別居 〒004-0021 北海道札幌市厚別区青葉町0-1-2									
	扶養の事実が 生じた日	令和	0	5	0	4	2	5	0	0	0	今後の年収 見込額	120,000円	備考欄	資格確認書 発行要否

続柄は「子」、「父」、「母」等ではなく「長男」、  
「実父」、「養母」等詳しく記入

申請対象者は以下の項目について確認  
(✓の記入がない場合は受付できません)

申請する被扶養者の年間収入は、被保険者の収入の2分の1未満かつ130万円（60歳以上、障がい者は180万円）未満です。

対象者の収入状況について、今後、貴組合から定期または不定期の調査があった場合には、その指示に従い、収入状況を確認できる書類を提出します。

【届出の注意事項】

- \*被扶養者追加・変更の際は「異動届」と「現況表兼必要書類」を提出してください。
- \*記入訂正する場合は「訂正者氏名」欄に印を押印または欄外「訂正者氏名」欄に訂正者氏名を記入してください。
- \*提出期限は被扶養者が扶養に入った日から起算し、3ヶ月以内です。尚、扶養の事実があった日から起算し、3ヶ月以内です。
- \*出生等に係る申請の場合はこの限りではありません。
- \*申請の内容が事実と異なることが判明した場合は、判明した時点または遡って認定を取り消す場合があります。

収入要件等に該当することを  
確認しを入れる

<扶養の事実が生じた日の例>

- 退職のため追加・・・退職日の翌日
- 子どもが生まれ追加・・・出生日
- その他の事由による追加・・・生計維持関係の生じた日

この届出は、事業主経由で提出してください。

事業主記入欄	
事業所 所在地	〒150-0041 東京都渋谷区神南1-2-34
事業所 名称	(株) ケーピーエム
事業主 氏名	代表取締役 赤本 冬彦
電話番号	03 (3407) 123x

令和 年 月 日 提出