

健 保 欄	常務理事	事務長	担当者

健康保険被扶養者(異動)届

被 保 険 者 欄	社員番号	記号・番号	部課名 出向会社名
	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	住民票 住所	〒 -	備考

被 扶 養 者 欄 ①	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄
	個人 番号		被保険者と <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	住民票 住所	〒 -	※別居の場合はご記載ください	
	扶養	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	異動日	令和 年 月 日	理由	職業	年収

被 扶 養 者 欄 ②	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄
	個人 番号		被保険者と <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	住民票 住所	〒 -	※別居の場合はご記載ください	
	扶養	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	異動日	令和 年 月 日	理由	職業	年収

被 扶 養 者 欄 ③	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄
	個人 番号		被保険者と <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	住民票 住所	〒 -	※別居の場合はご記載ください	
	扶養	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	異動日	令和 年 月 日	理由	職業	年収

被 扶 養 者 欄 ④	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄
	個人 番号		被保険者と <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	住民票 住所	〒 -	※別居の場合はご記載ください	
	扶養	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	異動日	令和 年 月 日	理由	職業	年収

※国内に被扶養者の住民登録(住民票)が無い場合は、原則、扶養認定対象になりません。但し、「海外特例要件」を満たす場合は該当番号を記載してください。

事 業 主 確 認 欄	<input checked="" type="checkbox"/>	この届出は次の①または②の要件を満たしています。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものです。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人に確認しています。
	事業所 所在地 事業主 名称	年 月 日提出

伊藤忠健康保険組合 受付印

社会保険 労務士記載欄	
----------------	--

記入見本

者(異 保険証に記載の記号・番号)

原則、保険証は被保険者である社員本人宛に郵送しますので、必ず部課名までご記入ください

被保険者欄	社員番号	1234500	記号・番号	100-2012345	部課名 出向会社名	〇〇〇部 〇〇〇課 (出向の場合：〇〇株式会社 〇〇課)				
	氏名	伊藤 太郎 ←住民票に登録されている氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	電話 番号	外線(03-****-****) または内線(****)
	住民票 住所	〒 XXX - XXXX 東京都〇〇区△△△ 1-2-3 ←住民票の住所		日本国内に住民票を有していない等の場合は、 居所(海外住所など)をご記入ください。						

出生で扶養追加の場合

被扶養者欄①	氏名	伊藤 一郎 ←住民票に登録されている氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄	長男	
	マイナンバーを ご記入ください。	7	8	9	0	1	2	被保険者と 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	住民票 住所	大阪府〇〇〇1-1-1 ←被保険者と別居の場合は 別居先住民票住所を記入			
	扶養 <input checked="" type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	異動日	令和	年	月	日	理由	出生	職業	未就学児	年 収	0	認定日 削除日

就職で扶養追加削除の場合

被扶養者欄②	氏名	伊藤 花子		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	続柄	妻	
	個人 番号	扶養削除時にご不明な場合は、 ブランク可		被保険者と 同居 <input type="checkbox"/> 別居	住民票 住所	〇〇県〇〇市〇〇区〇〇5-5-5			※別居の場合はご記載ください				
	扶養 <input type="checkbox"/> 追加 <input checked="" type="checkbox"/> 削除	異動日	令和	年	月	日	理由	就職	職業	会社員	年 収	2,500	認定日 削除日

入社時の扶養追加の場合

被扶養者欄③	氏名	伊藤 愛		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	続柄	長女	
	個人 番号	非居住者などでご不明な場合は、 ブランクにしてください		被保険者と 同居 <input type="checkbox"/> 別居	住民票 住所	アメリカ在住			海外居住者については、 海外居住先の住所をご記入ください。				
	扶養 <input checked="" type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	異動日	令和	年	月	日	理由	入社	職業	海外留学 (大学生)	年 収	0	認定日 削除日

<理由例>
出生、退職、受給開始、受給終了、子の扶養者変更、収入減少、収入増加、結婚、離婚、養子縁組など

<職業例>
未就学児、小・中・大学生、海外留学、無職、主婦、会社員、公務員、自営業、など

<年収>
異動日以降1年間のおおよその収入

国内に被扶養者の住民登録(住民票)が無い場合は、原則、扶養認定対象になりません。但し、「海外特例要件」を満たす場合は扶養追加することができます。その場合は、該当番号を記載し以下の書類を添付してください。

海外特例要件	添付書類
① 外国において留学をする学生	査証、学生証、在学証明書、入学証明書等の写し
② 外国に赴任する被保険者に同行する者	査証、海外赴任辞令、海外の公的機関が発行する居住証明書等の写し
③ 観光、保養又はボランティア活動その他就労以外の目的で一時的に海外に渡航する者	査証、ボランティア派遣機関の証明、ボランティアの参加同意書等の写し
④ 被保険者が外国に赴任している間に当該被保険者との身分関係が生じた者であつて、②と同等と認められるもの	出生や婚姻等を証明する書類等の写し

事業主 確認 欄	事業主 証明欄 記載不要	記載不要
社会保険 労務士記載欄		