

# 被扶養者届(異動届)記入例

◎扶養家族が増えたり減ったりしたときに提出してください。

文書メール番号を  
記入してください。

適 03 「届は2部提出」必要事項をすべて記入後、1部複写し被保険者氏名欄に2部とも押し印し提出してください。  
扶養削除の場合、該当者の被保険者証を添付してください。

下記のとおりに相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

所在地

事業主 名称

氏 名

被保険者のメールNo. -

## 健康保険被扶養者届(異動届)

日本電気健康保険組合 印

平成 ○年 ○月 ○日 提出

被保険者証	記号 ○○○01123456	番号 昭利 平成	資格取得年月日 ○年 ○月 ○日	事業所(所属) 株式会社 △△事業部 TELNETまたはTEL 10-XXXXX	被保険者現住所 〒150-0031 東京都△△区○○町××-×	フリガナ ケンボ タロウ	氏名 健保 太郎 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>						
記載例	フリガナ ケンボ イチロウ	コード 1 52	性別 男	続柄 父	生年月日 昭平 25・1・8	※1 認定または 削除年月日	現住所 〒169-0073 東京都新宿区百人町1-1	職業または 勤務先 ナシ	年収見込 (具体的) 万円 130(年金)	※2 所得税 扶養控除 (有・無)	公費負担 受給 (有・無)	廃業または退職会社名 向上電話番号 03(1234)1234 平成22年3月30日	備考 医療費の公費負担 老人福祉法
被扶養者になる者	ケンボ ハナコ		女	妻	昭平 ○・○・○	※1	〒150-0031 東京都△△区○○町XX-X	ナシ	万円 70 (年収見込み)	※2 有・無	有・無	○△△株式会社退職 平成××年×月×日	扶養控除は 来年から
	ケンボ サチコ		女	子	昭平 ○・○・○	※1	同上	ナシ	万円 ナシ	※2 有・無	有・無		出生
					昭平 . . .	※1			万円 .	※2 有・無	有・無		
					昭平 . . .	※1			万円 .	※2 有・無	有・無		
から除く者	ケンボ カズオ		男	父	昭平 ○・○・○	※1	〒150-0031 東京都△△区○○町XX-X		200万円 (年金)			被扶養者から除く理由及び年月日	
	健保 一夫		男	父	昭平 . . .	※1			万円			被扶養者から除く理由及び年月日	

提出 被保険者→事業主→健康保険組合(任継者は被保険者→健康保険組合)

注 事業主=勤務先の健保担当部門(人事・勤労・総務等)  
※1は健康保険組合の記入欄  
※2は事業主の記入欄

HP0507T01(2005年 7月27日 日本書式改訂)

組合 処理	入力	証	マネージャー	主任	担当	受付年月日

申請時から向こう1年間の収入の  
見込額を記入してください。

事業主(会社)  
記入欄

出生および移籍以外の扶養申請には認定伺もあわせて提出してください。

出生および移籍以外は被扶養者届、その他書類一式が健康保険組合に届いた日が原則として認定日になります。

※「健康保険のしくみ/健康保険を正しく利用するために/公費負担の医療を受けるとき」参照

提出する日を必ず  
記入してください

複写なので2枚に  
押し印してください。  
氏名をそれぞれ自  
署したときは省略  
することができます。

国や市区町村から  
保険診療の自己負担分  
について助成を受けられる  
資格がある場合には  
○をつけて下さい。

新規扶養の場合  
に記入してください。

扶養からぬる  
場合に記入して  
ください。

死亡の場合は  
死亡年月日を  
記入してください。