

健康保険 被扶養者異動（増加）届

選択肢のある項目はそれぞれ
該当するものに○を付けてください

※被扶養者の申請には各種添付書類が必要です。円滑に認定手続きが進むよう、
添付書類が揃っているか、提出前にご確認ください。

被保険者欄	被保険者証 記号	123*	フリガナ	ヨコハマ タケオ	申請日	令和 年 月 日
	番号	678**	氏名	横浜 健男	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	住所	〒 10* 00** 電話番号: 03 (12**) 56** 東京都***区**町1-2-3 YRCマンション102号室			資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日

文字は楷書でハッキリと
住民票と同様に記入してください

※健康保険証に印字される文字です。楷書でハッキリと住民票と同様に記入してください。

扶養申請者 1	フリガナ	ヨコハマ ヤスエ	性別	男 女	* 戸籍通りに記入(長男等)	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	氏名	横浜 康恵	続柄	妻				
	年金種類	1. 有り 2. 無し	職業	パートタイマー	収入額	80万円	扶養を始めた日	令和 6年 12月 10日
	個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要				

扶養申請者 2	フリガナ	ヨコハマ ケンタ	性別	男 女	* 戸籍通りに記入(長男等)	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	氏名	横浜 健太	続柄	長男				
	年金種類	1. 有り 2. 無し	職業		収入額		扶養を始めた日	令和 6年 12月 10日
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要				

子の続柄は、戸籍通りに「長男」等と記入
してください。(「子」はNGです)

扶養申請者 3	フリガナ		性別		* 戸籍通りに記入(長男等)	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	氏名							
	年金種類	1. 有り 2. 無し	職業		収入額		扶養を始めた日	令和 年 月 日
	個人番号		資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要				

資格確認書発行要否
マイナンバー保険証を持っていない方で
資格確認書が必要な方はを入れてください。

事業主記入欄	事業主確認事項	<input type="checkbox"/> 記載内容に誤りが無い事を被保険者(本人)に確認しています。 <input type="checkbox"/> 被保険者との続柄(※)に関する証明書類で、続柄の記載が省略されている者については、続柄を確認しています。 ※内縁関係の場合は省略できません。
	提出日	令和 年 月 日

勤務先事業所が証明する欄です
添付書類を揃えて
事業所へ提出してください

健保受付印