

健康保険 任意継続被保険者 被扶養者（異動）届

結婚や出産等により被扶養者を追加する場合や、就職等により被扶養者でなくなる場合にご使用ください。

被保険者情報	被保険者証		生年月日	
	記号	番号	年	月 日
	個人番号 (記号番号がわからないときに記入ください)		☐ 昭和 ☐ 平成	
氏 名		(フリガナ)		
住民票住所		(〒 -)		
居 所		(〒 -) (住民票住所と居所が同じ場合は記入不要です)		
電話番号 (日中の連絡先)		TEL ()	携帯電話 - -	

被扶養者情報	該当する番号をご記入ください 1. 扶養の追加 2. 扶養の解除
	氏名 (フリガナ) _____
	生年月日 1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月 日 性別 1. 男 2. 女

扶養の追加	続柄		職業		収入（年間）		
	1. 配偶者 2. 配偶者（未届） 3. 実子・養子 4. 3以外の子 5. 父母・養父母 6. 養父母 7. 兄弟姉妹 8. 祖父父母 9. 曾祖父父母 10. 孫 11. その他（ ）		1. 無職 2. パート・アルバイト 3. 年金受給者 4. 中学生以下 5. 高・大学生 6. その他（ ）		1. 収入なし 2. 130万円未満 3. 130万～180万円未満 4. 180万円以上		
	同居・別居の別		仕送額（年間）		仕送回数（年間）		
	1. 同居 2. 別居 2.の場合 に記入		万円		回		
		被扶養者になった日		被扶養者になった理由			
		令和 年 月 日		1. 出生 2. 婚姻 3. 退職 4. その他（ ）			
個人番号				海外在住の場合はその理由		備考	
				1. 留学 2. 同行家族 3. 特定活動 4. 海外婚姻等 5. その他（ ）			
住所（住民票住所と居所が同じ場合は居所の記入不要です。海外在住の方は国名のみご記入ください。）							
住民票住所		〒					
居 所		〒					
資格確認書 発行要否		※発行が必要な場合、発行が必要にチェックと該当理由番号をご記入ください。 ☐ 発行が必要 1. マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者 2. マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者 3. マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者					

扶養の解除	被扶養者でなくなった日	被扶養者でなくなった理由	備考
	令和 年 月 日	1. 就職・収入増加 2. 死亡 3. 後期高齢者医療（75歳到達） 4. 後期高齢者医療（障害認定） 5. その他（ ）	

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄