

被扶養者状況リストの「被扶養者調書兼異動届を添付」に☑した場合のみ、こちらの記入・提出が必要です。

様式コード  
2 2 0 2

協会管掌事業所用

【協会けんぽ被扶養者資格再確認専用】



健康保険 被扶養者調書兼異動届(解除用)

令和 年 月 日 提出

事業主記入欄  
事業所整理記号  
事業所在地  
事業名称  
事業主氏名  
電話番号

協会けんぽ受付印  
日本年金機構受付印

社会保険労務士記載欄  
氏名等

A 被保険者欄  
① 被保険者整理番号  
② 氏名 (フリガナ)  
③ 生年月日  
④ 性別  
⑤ 住所  
電話番号

B 配偶者である被扶養者欄  
① 氏名 (フリガナ)  
② 生年月日  
③ 性別 (続柄)  
④ 被扶養者でなくなった日  
⑤ 理由  
⑥ 住所  
⑦ 被保険者証の添付  
⑧ 種別

C 被扶養者の他の1  
① 氏名 (フリガナ)  
② 生年月日  
③ 性別  
④ 続柄  
⑤ 被扶養者でなくなった日  
⑥ 理由  
⑦ 住所  
⑧ 被保険者証の添付

C 被扶養者の他の2  
① 氏名 (フリガナ)  
② 生年月日  
③ 性別  
④ 続柄  
⑤ 被扶養者でなくなった日  
⑥ 理由  
⑦ 住所  
⑧ 被保険者証の添付

C 被扶養者の他の3  
① 氏名 (フリガナ)  
② 生年月日  
③ 性別  
④ 続柄  
⑤ 被扶養者でなくなった日  
⑥ 理由  
⑦ 住所  
⑧ 被保険者証の添付

- この届書は、協会けんぽ被扶養者資格再確認実施時専用です。通常の被扶養者の異動にはご使用いただけません。
- この届書は、被扶養者解除専用です。扶養の追加・変更等にはご使用いただけません。
- 解除となる方の被保険者証(高齢受給者証、特定疾病療養受療証等を含む)を添付してください。



# 健康保険被扶養者調書兼異動届(解除用)の記入・提出について

## 重要

- この届書は、被扶養者資格の再確認専用です。通常の被扶養者異動届としてはお使いいただけません。
- この届書は、被扶養者状況リストの「被扶養者調書兼異動届を添付」に☑された場合のみご提出が必要です。  
※「変更なし」「日本年金機構へ届出済」に☑された場合は、記入・提出の必要はありません。
- この届書には、解除対象となる被扶養者の方の被保険者証を添付してください。  
※高齢受給者証、特定疾病療養受療証等の交付を受けている場合は、あわせて添付してください。
- この届書が不足する場合は、協会けんぽホームページよりダウンロードしていただくか、専用ダイヤルへ必要部数の送付をご依頼ください。
- この届書をご提出後、通知書の送付までに1か月程度お時間をいただく場合があります。  
そのため、お急ぎの場合は、この届書ではなく、通常の被扶養者異動届を事業所管轄の事務センター（年金事務所）へ直接提出してください。直接提出する場合は、リストの「日本年金機構へ届出済」に☑をしてください。

## 記入方法

健康保険被扶養者状況リスト (協会提出用)

被保険者整理番号	被保険者氏名	被扶養者氏名	被扶養者生年月日	続柄	チェック			備考
					変更なし	解除となる	日本年金機構へ届出済	
1	健保 太郎	健保 花子	S45.10.7	配偶者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	協会 太郎	健保 次郎	S19.5.20	父	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
3	健康 太郎	協会 一郎	S48.9.1	子	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	健康 太郎	健康 愛子	S35.12.12	配偶者	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	健康 太郎	健康 誠	S62.7.4	子	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	確認不要

健康保険被扶養者調書兼異動届

令和 元 年 10 月 29 日 提出

事業所整理記号: 02 - イロハ

事業主記入欄

事業所所在地: 〇〇市〇〇町1-1-1

事業所名称: 株式会社

事業主氏名: 〇〇〇〇 〇〇

電話番号: 〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇

被保険者欄

被保険者整理番号: 1

被保険者氏名: 健保 太郎

生年月日: 昭和40年12月5日

性別: 1.男 2.女

住所: 〇〇市〇〇町2-5-3

被扶養者欄

被扶養者氏名: 健保 花子

生年月日: 昭和45年10月7日

性別: 1.夫 3.夫(未届) 2.妻 妻(未届)

解除理由: 1.死亡(令和・平成) 2.離婚 3.就職・収入増加 4.障害認定 5.75歳到達 6.その他

住所: 〇〇市〇〇町

被扶養者欄1

被扶養者氏名: 健保 次郎

生年月日: 昭和19年5月20日

性別: 1.男 2.女

解除理由: 1.死亡 2.就職 3.収入増加 4.75歳到達 5.障害認定 6.その他

住所: 東京都千代田区〇〇〇-〇

- 「事業所整理記号」は、被扶養者状況リストに記載されている「事業所整理記号(年金)」を記入してください。
- 事業所情報を記入し、事業主印を押してください。  
※事業主本人が署名した場合は、押印は省略できます。
- 被扶養者状況リストの「被保険者整理番号」を記入してください。  
※「被保険者整理番号」は被保険者証の「番号」と同じです。
- 被保険者情報を記入してください。  
※被保険者本人が署名した場合は、押印は省略できます。
- 配偶者の方が扶養解除となる場合に記入してください。
- 扶養解除となる理由により、次の日付を記入してください。
  - 死亡…死亡日の翌日
  - 離婚…離婚年月日
  - 就職…就職年月日
  - 収入増加…事実発生日(不明の場合は申告日を記入)
  - 75歳到達…75歳の誕生日
  - 障害認定…該当日
- いずれかを選択してください。
  - 添付…被保険者証を添付した場合
  - 減失…被保険者証を紛失した場合
  - 返不能…被保険者証の回収ができなかった場合
 ※被保険者証が添付できない場合は、「健康保険被保険者証回収不能届」を添付してください。「健康保険被保険者証回収不能届」は協会ホームページよりダウンロードしていただくか、専用ダイヤルへ必要部数の送付をご依頼ください。  
※後日、被保険者証が見つかった場合は、協会けんぽへ返却してください。
- 配偶者以外の方が扶養解除となる場合に記入してください。
- 解除理由が「75歳到達」または「障害認定」の場合は、住民票上の住所を記入してください。