

健康保険 任意継続被保険者 被扶養者(異動) 届

扶

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。なお、記入方法および添付書類等については、「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者情報	記号・番号	記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日
		5 0 0 0 0 0		1.昭和 2.平成 3.令和
	氏名 (カタカナ)			
	氏名			
	郵便番号 (ハイフン除く)		電話番号 (左づめハイフン除く)	
住所	都 道 府 県			

被扶養者情報	手続きの内容を ご記入ください	☐ 1. 扶養の追加	☐ 2. 扶養の解除
	氏名 (カタカナ)		
	氏名		
	生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和	性別

扶養の追加	続柄	職業	収入(年間)	同居・別居の別	仕送額(年間)	仕送回数(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. 義父母 7. 兄弟姉妹 8. 祖父母 9. 曾祖父母 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. 130万円～180万円未満 4. 180万円以上	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	マイナンバー	海外在住の場合はその理由		
	令和 年 月 日	1. 出生 2. 婚姻 3. 退職 4. その他()		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(被保険者と同居の場合は記入不要です。海外在住の方は国名のみご記入ください。)					
備考						

扶養の解除	被保険者証の枝番	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()	「3・4」の場合に記入 お住まいの都道府県名	

被保険者の記号・番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。
(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

社会保険労務士の
提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認 (被保険者)	☐ 1. 記入有(添付あり) 2. 記入有(添付なし) 3. 記入無(添付あり)	同時申請	☐ 1. 限度額	☐ 1. 減額認定	☐ 1. 特定疾病
添付書類	続柄	収入	同居	仕送額	被保険者証 (枝番)
2 0 1 1 1 1 0 1			その他	枚数	

受付日付印

(2024.12)