

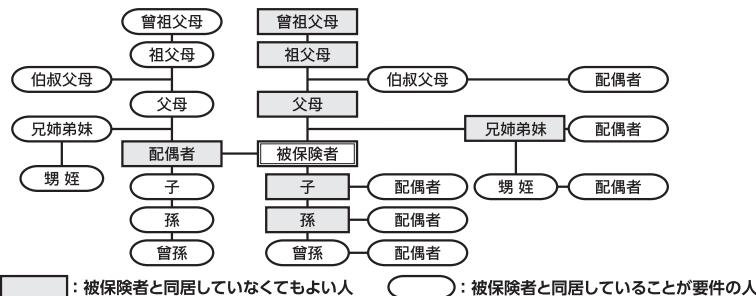
健康保険 任意継続被保険者 被扶養者(異動)届 記入の手引き

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。

被扶養者の要件

①主として被保険者の収入により生計を維持されており、国内に居住している75歳未満の方

②対象となる家族範囲(3親等内の親族)



③被扶養者となるための収入要件

●被保険者と同居している場合

年収が130万円*未満、かつ、被保険者の年収の1/2未満

●被保険者と同居していない場合

年収が130万円*未満、かつ、被保険者からの仕送り額より少ない

☞ 収入要件の特例

年収が130万円*以上であっても、人手不足による労働時間延長等に伴う一時的な収入増加である場合は、特例により、被扶養者として認定される可能性があります。

*60歳以上または障害厚生年金受給者等の場合は180万円、19歳以上23歳未満(扶養認定を受ける年の12月31日時点)の場合は150万円(被保険者の配偶者を除く)

被扶養者の添付書類

被扶養者となる方が国内居住である場合

次に該当する確認書類を添付してください。具体的な確認書類については、確認書類の具体例をご覧ください。

	確認書類		確認書類
被保険者と同居	<ul style="list-style-type: none">●続柄を証明する書類●収入を証明する書類●同居していることを証明する書類	被保険者と別居	<ul style="list-style-type: none">●続柄を証明する書類●収入を証明する書類●仕送りの事実と1回あたりの仕送り額が確認できる書類

(確認書類の具体例)

①続柄を証明する書類：戸籍謄(抄)本、または、世帯全員が記載されている住民票

②収入を証明する書類：所得証明書、(非)課税証明書、給与証明書、離職票のコピー、雇用保険受給資格者証または直近の受給資格通知のコピー、直近の年金額改定(振込)通知のコピー、確定申告書のコピー(青色申告の場合は「青色申告決算書」、白色申告の場合は「収支内訳書」等、収入の内訳が確認できる書類が必要)等

☞ 16歳未満の場合は添付不要(学生の場合でも16歳以上の方は添付が必要)

☞ 収入要件の特例に該当する場合、上記書類に加えて、「人手不足による労働時間延長等に伴う一時的な収入変動に係る事業主の証明書」が必要

③同居していることを証明する書類：同居が確認できる、世帯全員が記載されている住民票

④仕送りの事実と1回あたりの仕送り額が確認できる書類：預金通帳のコピー、現金書留控えのコピー等

☞ 16歳未満及び16歳以上の学生の場合は添付不要



協会けんぽ
ホームページ

被扶養者となる方が海外居住である場合

国内居住である場合の添付書類に加えて、海外特例要件に該当することが確認できる書類の提出が必要です。

海外特例の要件や確認書類については、協会けんぽホームページよりご確認ください。

被扶養者でなくなる場合【お手元にお持ちの場合のみ】

被扶養者でなくなる方の被保険者証、資格確認書、高齢受給者証、限度額適用認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証、特定疾病療養受療証

被保険者証は新たに発行されなくなりました

- 令和6年12月2日以降、被保険者証は新たに発行されなくなり、健康保険証として利用登録を行ったマイナンバーカード(マイナ保険証)で医療機関等を受診していただくことを基本とする仕組みに移行しました。
- マイナ保険証を利用できない状況にある場合*は、資格確認書が必要となります。「資格確認書交付申請書」をご提出ください。詳しくは協会けんぽホームページよりご確認ください。
- *マイナンバーカードを所持していない場合や、マイナ保険証の利用登録を行っていない場合等

ご提出・お問い合わせ先

申請書のご記入後は、協会けんぽ都道府県支部に郵便でご提出ください。
※各支部の所在地・電話番号などは、協会けんぽホームページをご覧ください。

次ページに記入例があります。 ➔



協会けんぽ

検索



・申請書は、楷書で枠内に丁寧にご記入ください。記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

・生年月日、日付が一桁の場合は、左のマスを0で埋めてください。

・訂正される場合は、訂正箇所を読み取りができないように塗り潰し、欄外に正しい内容をご記入ください。

1

資格情報のお知らせ等に記載されている記号と番号をご記入ください。

※枝番は記入不要です。

資格情報のお知らせ

2

被保険者のマイナンバーは、①の記号と番号が不明の場合のみご記入ください。

被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の添付書類が必要です。
②の両方を本人確認書類貼付台紙（※）に、貼付のうえ、申請書に添付してください。

③ 身元確認を行うための書類（いずれか1点）

- ・被保険者の個人番号カード（表面）のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー、その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー

④ 番号確認を行うための書類（いずれか1点）

- ・被保険者の個人番号カード（裏面）のコピー、被保険者のマイナンバーが記載された住民票か住民票記載事項証明書

（※）協会けんぽのホームページでダウンロードすることができます。

なお、代理人（被保険者より委任状等を受け取っている方や法定代理人）が申請される場合は、代理権の確認、代理人の身元確認が必要になります。詳しくは、協会けんぽのホームページをご確認ください。

上記、添付書類は行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律等に定められています。

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。

記号・番号	番号（左づめ）	生年月日			
1	5 0 0 0 0 0 1 3 9 9 9 9 × ×	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 6 1 年 0 1 月 2 2 日			
個人番号 (マイナンバー)					
2	記号・番号をご記入（印字）された場合は個人番号（マイナンバー）のご記入は必要ありません。（記入（印字）された場合は本人確認書類等の添付が必要になります。）				
氏名 (カタカナ)	キヨウカイ タロウ				
姓と名の間は1マス空けてご記入ください。半濁点（・）、半濁点（・）は1字としてご記入ください。					
氏名	協会 太郎				
郵便番号 (ハイフン除く)	1 0 5 × × × ×	電話番号 (左づめハイフン除く)	0 3 × × × ×		
住所	東京 都道府県 港区 ○○ 1-1 ○○マンション101				
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				
被扶養者情報	氏名 (カタカナ)				
キヨウカイ ハナコ					
姓と名の間は1マス空けてご記入ください。半濁点（・）、半濁点（・）は1字としてご記入ください。					
氏名	協会 花子				
生年月日	2. 平成 3. 令和 10 年 03 月 09 日	性別	1. 男 2. 女		
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）
03 1.配偶者 2.配偶者(夫婦) 3.実子・養子 4.3歳以下の子 5.父・母 6.義父・ 7.兄弟姉妹 8.父母 9.曾父母 10.孫 11.その他()	1.無職 2.パート・アルバイト 3.会社員 4.学生以下 5.高・大學生 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	2. 同居 3.別居 4.その他()	120 万円	12 回
扶養の追加	扶養者になった日	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	
扶養の解除	05 年 01 月 01 日	3.出生 2.就職 3.退職 4.その他()	123456789111	1.留学 2.在外家族 3.特定期間 4.海外勤務等 5.その他()	
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	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。）		
扶養の解除	扶養者になった日	被扶養者でなくなった理由	「3・4」の場合に記入 お住まいの都道府県名	受付日付印	
扶養の解除	扶養の解除	社会保険労務士の提出代行者名記入欄	備考		
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.記入無(添付なし) 3.記入無(添付あり)	同時申請	1.限度額 2.減額認定 3.不備額	1.特定疾病 2.賃格確認	
添付書類	続柄	収入	同居	枚数	
301111103			その他 1.その他 2.短期 (理由)		
協会使用欄は記入不要です。					
(2026.1)					

3

被保険者の氏名をご記入ください。機械（OCR）処理をしますので、必ず氏名（カタカナ）もご記入ください。

4

被扶養者になる場合は、必ず本人確認を行ったうえで、被扶養者のマイナンバーをご記入ください。
※記入できない事情がある場合は、その理由を備考欄にご記入ください。（例：出生直後のため、マイナンバー未付番）

5

資格情報のお知らせ等に記載されている枝番をご記入ください。

資格情報のお知らせ
記号 50000013 ￥ 99999X 00
氏名 協会 太郎
生年月日 平成 10年 3月 9日
資格料年会員 会員 C 0月 0日
会員番号 999999
会員登録年月日 全国健康保険協会 ○○支局

資格情報のお知らせ

6

後期高齢者医療制度の被保険者になったときは、お住まいの都道府県名をご記入ください。