

記入例

被扶養者(異動)届 (減)

1 被保険者の情報をご記入ください。

2 ・削除される被扶養者の氏名、カタカナ、性別、職業、生年月日等をご記入ください。
・続柄は、長男、長女、二女など詳細にご記入ください。

3 削除（非該当）日は以下を参考にご記入ください。
①健康保険、船員保険の被保険者または共済組合、国保組合等の組合員になったとき
⇒ 新たに加わされた健康保険での「資格取得日」
②被扶養者の年間収入が130万円以上（配偶者を除く19歳以上23歳未満の場合は150万円未満、60歳以上または障害者の場合は、年間収入180万円以上）見込まれるとき
⇒ 「収入基準を超えた事実が判明した日」
⇒ 雇用保険（失業給付金）が受給開始された場合「受給開始日」（雇用保険受給資格者証の両面コピーが必要）

③同居の場合、被扶養者の収入が被保険者の収入の半分以上になったとき、または別居の場合、被扶養者の収入が被保険者の仕送り額を超えたとき
⇒ 「収入基準を超えた事実が判明した日」
④後期高齢者医療制度（75歳）の被保険者になったとき
⇒ 「75歳の誕生日当日」
⑤婚姻等により他の被保険者に扶養されるようになったときまたは離婚したとき
⇒ 「入籍日」・「離婚日」
⑥離縁、同居が要件の者が別居したとき、死亡したとき
離縁、同居が要件の者が別居したとき ⇒ 「該当した日」
死亡したとき ⇒ 「死亡日の翌日」
⑦日本国内に住所を有しなくなったとき（海外特例要件に非該当となったとき）
⇒ 「転出届を提出した日」

健康保険被扶養者(異動)届 (減)									
①事業所記号	3000		②性別	③フリガナ		ケンポ タロウ		④生年月日	元号 昭和 56 年 3 月 25 日
被保険者等番号			<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	氏名		1 健保 太郎			
⑤資格取得年月日	元号	令和 7 年 10 月 31 日	⑥被保険者住民票住所		〒111-1111 東京都●●区●●1-2-3				
⑧フリガナ	被扶養者氏名	⑨性別	⑩職業	⑪被扶養者の生年月日	⑫続柄※	⑬居所の確認	⑭扶養しなくなった日	⑮減少理由	⑯資格喪失証明書送付可否
ケンポ	ハナコ	<input type="checkbox"/> 男	パート	元号 昭和 58 年 08 月 28 日 生	妻	<input type="checkbox"/> 被保険者と同居 <input type="checkbox"/> 被保険者と別居	令和 08 年 01 月 01 日	離婚	<input type="checkbox"/> 資格喪失証明書送付希望 <small>※加入予定の保険者（国民健康保険等）に求められた場合のみをしてください。</small>
健保	花子	<input checked="" type="checkbox"/> 女							
ケンポ	ユウイチ	<input checked="" type="checkbox"/> 男	無職	元号 平成 10 年 09 月 29 日 生	長男	<input type="checkbox"/> 被保険者と同居 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と別居	令和 08 年 04 月 01 日	4 就職	<input type="checkbox"/> 資格喪失証明書送付希望 5 <small>※加入予定の保険者（国民健康保険等）に求められた場合のみをしてください。</small>
健保	優一	<input type="checkbox"/> 女							
ケンポ	ソノコ	<input type="checkbox"/> 男	無職	元号 平成 14 年 06 月 30 日 生	長女	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同居 <input type="checkbox"/> 被保険者と別居	令和 08 年 05 月 01 日	所得超過	<input type="checkbox"/> 資格喪失証明書送付希望 <small>※加入予定の保険者（国民健康保険等）に求められた場合のみをしてください。</small>
健保	苑子	<input checked="" type="checkbox"/> 女							
ケンポ	トウコ	<input type="checkbox"/> 男	無職	元号 平成 16 年 02 月 05 日 生	二女	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同居 <input type="checkbox"/> 被保険者と別居	令和 08 年 06 月 01 日	失業給付開始	<input type="checkbox"/> 資格喪失証明書送付希望 <small>※加入予定の保険者（国民健康保険等）に求められた場合のみをしてください。</small>
健保	桐子	<input checked="" type="checkbox"/> 女							
⑥ 添付 1 枚 返不能 1 枚 減失 1 枚 資格確認書回収（発行されている方のみご記入ください） マイナ保険証を利用登録したため、自己廃棄 <input type="checkbox"/> <small>※資格確認書は「マイナ保険証を利用登録した場合」や「有効期限切れの場合」を除き、組合まで返納してください。</small>									
この届出については、下記の要件を満たしたものであることを確認しました。 ・申請書本人（被保険者）が作成したものである。 ・記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 ※ お子様の場合、長男、長女など具体的に記入ください。 令和 年 月 日 受付年月日									

4 減少理由をご記入ください。
・就職 → 新たに就職先は決まり、就職先での健康保険に加入したとき
・死亡 → 被扶養者がお亡くなりになったとき
・離婚 → 被保険者と離婚したとき
・失業給付開始 → 雇用保険の失業給付が開始されたとき（収入が扶養認定基準を超えた場合）
・所得限度超 → 契約変更等により、収入が扶養範囲を超えたとき
・扶養変更 → 扶養者を別の被保険者に変更したとき

＜参考＞ 他の減少理由
・後期高齢該当、後期高齢（障害認定）、海外居住 など

5 次にご加入される健康保険等に求められた場合のみお返してください。
「念のために発行したい」という理由のみでは、発行はご了承ください。

6 「資格確認書回収」欄には、喪失した被保険者世帯に交付されている資格確認書の枚数単位でご記入ください。
マイナ保険証を利用登録したため、資格確認書を破棄され返却できない場合は、利用登録した方の属性を返してください。
※ 資格確認書が回収できないときは「回収不能届」、減失の場合は「減失届」を添付してください。