

記入例 1 加入の場合

健康保険被扶養者（異動）届

(ここではいくつかのケースを同時に掲載しています)

常務理事	事務長	担当者

被保険者等記号・番号 ①記号 99999 ②番号 99999		③被保険者の氏名 健保 太郎	④被保険者の生年月日 昭和 60 10 10	⑤性別 男	⑥資格取得年月日 08 04 01	⑦標準報酬月額 500 千円
⑧郵便番号 141 0032		⑨被保険者の住所 東京都品川区大崎〇-〇-〇			⑩この届を提出する前の被扶養者数 1 名	

1 2桁の個人番号を記入

被扶養者となった日を記入

- ・被保険者の入社のための追加：被保険者の資格取得と同日
- ・離職のための追加：退職日の翌日
- ・出生のための追加：出生日
- ・婚姻のための追加：入籍日

以下は追加または削除となる方についてご記入ください。

被扶養者欄1 増減 増減	⑪増減 ケンボ 健保	⑫被扶養者氏名 タケル 健	⑬性別 男	⑭続柄 長男	⑮生年月日 昭和 18 08 02	⑯被扶養者となった日または除かれた日及びその理由 08 04 01 本人取得	⑰職業 大学生、アルバイト	⑱月平均収入額 80,000 円	⑲備考 給与収入のみ	※健保組合使用欄 認定日・削除日
	⑳住所 〒 141 - 0032 東京都品川区大崎〇-〇-〇		㉑メールアドレス (任意) <input type="checkbox"/> 保険者からの連絡先として利用することに同意します。 hanako***@〇〇mail.co.jp		㉒資格確認書発行要否 <input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要 ※発行希望の場合は✓を付してください		㉓年月日			
	㉔被扶養者氏名 ケンボ 健		㉕性別 男	㉖続柄 妻	㉗生年月日 昭和 02 01 10	㉘被扶養者となった日または除かれた日及びその理由 08 04 01 離職のため	㉙職業 無職	㉚月平均収入額 0 円	㉛備考 ・退職金なし ・雇用保険受給しない	㉜認定日・削除日
㉝住所 〒 141 - 0032 東京都品川区大崎〇-〇-〇		㉞メールアドレス (任意) <input checked="" type="checkbox"/> 保険者からの連絡先として利用することに同意します。 hanako***@〇〇mail.co.jp		㉟資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要 ※発行希望の場合は✓を付してください		㊱年月日				
被扶養者欄2 増減 増減	⑪増減 ケンボ 健保	⑫被扶養者氏名 ハナコ 花子	⑬性別 女	⑭続柄 妻	⑮生年月日 昭和 02 01 10	⑯被扶養者となった日または除かれた日及びその理由 08 04 01 離職のため	⑰職業 無職	⑱月平均収入額 0 円	⑲備考 ・退職金なし ・雇用保険受給しない	※健保組合使用欄 認定日・削除日
	⑳住所 〒 141 - 0032 東京都品川区大崎〇-〇-〇		㉑メールアドレス (任意) <input checked="" type="checkbox"/> 保険者からの連絡先として利用することに同意します。 hanako***@〇〇mail.co.jp		㉒資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要 ※発行希望の場合は✓を付してください		㉓年月日			
	㉔被扶養者氏名 ケンボ 健		㉕性別 女	㉖続柄 実母	㉗生年月日 昭和 38 10 10	㉘被扶養者となった日または除かれた日及びその理由 08 04 03 父の死亡により扶養することになった	㉙職業 無職、年金収入あり	㉚月平均収入額 70,000 円	㉛備考 無職で年金収入がある場合は、その旨と収入額を記入	㉜認定日・削除日
㉝住所 〒 500 - 8842 岐阜県岐阜市金町〇-〇-〇		㉞メールアドレス (任意) <input checked="" type="checkbox"/> 保険者からの連絡先として利用することに同意します。 kumie***@〇〇mail.co.jp		㉟資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要 ※発行希望の場合は✓を付してください		㊱年月日				

収入が給与収入のみである場合は、「給与収入のみ」と記入

資格確認書の交付を希望する場合に記入

退職後の収入状況を詳しく記入

- ・退職金の有無
- ・雇用保険の受給状況等

同意する場合に記入

無職で年金収入がある場合は、その旨と収入額を記入

理由は具体的に記入

「子」「母」等ではなく、「長男」「二男」「実母」「義母」等、詳しく記入

被保険者の配偶者が被扶養者ではないとき(例:夫婦共働きの場合)は記入してください。

配偶者の年収見込額 _____ 円

事業所所在地 〒 _____

事業所名称 _____

事業主氏名 _____

電話番号 () _____

令和 8 年 4 月 5 日提出

フューチャーグループ健康保険組合

記入例2 加入の場合(夫婦共同扶養)
※配偶者が被扶養者でなく、子どものみ被扶養者となる場合

(ここではいくつかのケースを同時に掲載しています)

健康保険被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	担当者

被保険者等記号・番号 ①記号 99 ②番号 9990		③被保険者の氏名 健保 康太	④被保険者の生年月日 昭和 59 11 11	⑤性別 男	⑥資格取得年月日 08 04 01	⑦標準報酬月額 560 千円
⑧郵便番号 141 0032		⑨被保険者の住所 東京都品川区大崎〇-〇-〇			⑩この届を提出する前の被扶養者数 0 名	

被扶養者となった日を記入

- 被保険者の入社のための追加：被保険者の資格取得と同日
- 離職のための追加：退職日の翌日
- 出生のための追加：出生日
- 婚姻のための追加：入籍日

12桁の個人番号を記入

以下は追加または削除となる方についてご記入ください。

被扶養者欄1	⑪増減 増	⑫被扶養者氏名 ケンボ ハジメ	⑬性別 男	⑭続柄 長男	⑮生年月日 昭和 20 06 10	⑯被扶養者となった日または除かれた日及びその理由 08 04 01 理由 被保険者の入社	⑰同別 同居	⑱職業 大学生	⑲月平均収入額 0 円	⑳備考	※健保組合使用欄 認定日・削除日
	⑫被扶養者氏名 健保 一	⑬性別 男	⑭続柄 長男	⑮生年月日 昭和 20 06 10	⑯被扶養者となった日または除かれた日及びその理由 08 04 01 理由 被保険者の入社	⑰同別 同居	⑱職業 大学生	⑲月平均収入額 0 円	⑳備考	※健保組合使用欄 認定日・削除日	
	⑳住所 〒 141 - 0032 東京都品川区大崎〇-〇-〇		㉑メールアドレス(任意) <input type="checkbox"/> 保険者からの連絡先として利用することに同意します。 @		㉒資格確認書発行要否 <input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要 ※発行希望の場合は✓を付してください		㉓年月日				
被扶養者欄2	⑪増減 増	⑫被扶養者氏名 ケンボ ヤスコ	⑬性別 女	⑭続柄 長女	⑮生年月日 昭和 08 04 04	⑯被扶養者となった日または除かれた日及びその理由 08 04 04 理由 出生のため	⑰同別 同居	⑱職業 無職	⑲月平均収入額 0 円	⑳備考	※健保組合使用欄 認定日・削除日
	⑫被扶養者氏名 健保 康子	⑬性別 女	⑭続柄 長女	⑮生年月日 昭和 08 04 04	⑯被扶養者となった日または除かれた日及びその理由 08 04 04 理由 出生のため	⑰同別 同居	⑱職業 無職	⑲月平均収入額 0 円	⑳備考	※健保組合使用欄 認定日・削除日	
	⑳住所 〒 141 - 0032 東京都品川区大崎〇-〇-〇		㉑メールアドレス(任意) <input type="checkbox"/> 保険者からの連絡先として利用することに同意します。 @		㉒資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要 ※発行希望の場合は✓を付してください		㉓年月日				
被扶養者欄3	⑪増減 増	⑫被扶養者氏名 ケンボ タモツ	⑬性別 男	⑭続柄 二男	⑮生年月日 昭和 21 10 10	⑯被扶養者となった日または除かれた日及びその理由 08 04 01 理由 被保険者の入社	⑰同別 同居	⑱職業 アルバイト	⑲月平均収入額 50,000 円	⑳備考 給与収入のみ	※健保組合使用欄 認定日・削除日
	⑫被扶養者氏名 健保 保	⑬性別 男	⑭続柄 二男	⑮生年月日 昭和 21 10 10	⑯被扶養者となった日または除かれた日及びその理由 08 04 01 理由 被保険者の入社	⑰同別 同居	⑱職業 アルバイト	⑲月平均収入額 50,000 円	⑳備考 給与収入のみ	※健保組合使用欄 認定日・削除日	
	⑳住所 〒 141 - 0032 東京都品川区大崎〇-〇-〇		㉑メールアドレス(任意) <input checked="" type="checkbox"/> 保険者からの連絡先として利用することに同意します。 tamotsu*** @ 〇〇mail.co.jp		㉒資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要 ※発行希望の場合は✓を付してください		㉓年月日				

理由は具体的に記入

資格確認書の交付を希望する場合に記入

収入が給与収入のみである場合は、「給与収入のみ」と記入

同意する場合に記入

配偶者が被扶養者でない場合のみ記入

事業所所在地	〒 -	「子」「母」等ではなく、「長男」「二男」「実母」「義母」等、詳しく記入
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号	() -	

被保険者の配偶者が被扶養者ではないとき(例:夫婦共働きの場合)は記入してください。

配偶者の年収見込額 2,000,000 円

令和 8 年 4 月 5 日提出

フューチャーグループ健康保険組合