

記入例3 削除の場合

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 99 ②番号 9900		③被保険者の氏名 健保 健司		④被保険者の生年月日 昭和 58 07 07		⑤性別 男		⑥資格取得年月日 06 04 01		⑦標準報酬月額 590 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					

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。

削除時は個人番号は記入しない

被扶養者欄1 増 減	⑫被扶養者氏名 ケンボ ナツコ 健保 夏子		⑬性別 男・女 女	⑭続柄 妻	⑮生年月日 02 08 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 収入超過のため	⑰同別 同居	⑱職業 パート	⑲月平均収入額 120,000 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) @		㉒資格確認書発行要否 <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。 <input type="checkbox"/> 発行が必要		年月日				
被扶養者欄2 増 減	⑫被扶養者氏名 ケンボ ハルタ 健保 春太		⑬性別 男・女 男	⑭続柄 長男	⑮生年月日 15 04 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 就職のため	⑰同別 同居	⑱職業 会社員	⑲月平均収入額 300,000 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) @		㉒資格確認書発行要否 <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。 <input type="checkbox"/> 発行が必要 ※発行希望の場合は✓を付してください		年月日				
被扶養者欄3 増 減	⑫被扶養者氏名 ケンボ アキナ 健保 秋那		⑬性別 男・女 女	⑭続柄 長女	⑮生年月日 17 10 20	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 03 結婚のため (配偶者の扶養になるため)	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) @		㉒資格確認書発行要否 <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。 <input type="checkbox"/> 発行が必要 ※発行希望の場合は✓を付してください		年月日				

被扶養者から除かれた日を記入

- ・ 収入超過のための削除：収入が限度を超えた日
- ・ 就職による削除：就職した日
- ・ 死亡のための削除：死亡日の翌日
- ・ 離婚のための削除：離婚日
- ・ ほかの家族に扶養されるための削除：新しい健康保険に加入した日、結婚の場合は婚姻日

理由は具体的に記入

【返却物】  
交付を受けている場合は、ご返却ください。  
(届と一緒に事業所へ提出)

- ・ 資格確認書
- ・ 高齢受給者証
- ・ 健康保険限度額適用認定証
- ・ 特定疾病療養受領証

※紛失した場合は滅失届をご提出ください。

「子」「母」等ではなく、「長男」「二男」「実母」「義母」等、詳しく記入

事業所所在地	〒 -
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	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