提出ルート：被保険者→事業主→健保
（任意継続被保険者は直接健保へ）

〈注　意〉
1．　変更となる被扶養者のみ記載してください。
2．　本届に必要書類を添付して提出してください。また扶養からはずすときは
　　その被扶養者の保険証や資格確認書（交付されている場合）も添付（返却）してください。
3．　記入例を確認の上、ご記入ください。

健康保険被扶養者届
（ 新規・増・減 ）

常務理事	事務長	担当者	担当者

被保険者　（申請者本人）　すべての欄にご記入ください。

事業所名	所属	被保険者住民票住所
	内線TEL（　　） 部　　課/主査　　係	〒　　TEL

被保険者の記号番号		従業員番号（ゴム印でも可）	フリガナ 氏名	生年月日	性別	資格取得年月日
記号	番号					
				昭 平 令	男 女	昭 平 令

被保険者の配偶者の有無	有・無	配偶者の収入額記入	昨年の年間収入　　円／年	現在の月額収入　　円／月

被扶養者（家族・認定対象者）

区分	フリガナ 氏名	生年月日	性別	戸籍続柄	居住	収入	申請理由（増）	申請理由（減）と年月日	（※健保記入欄）認定喪失年月日	＊資格確認書発行要否
新・増・減		昭 平 令	男 女		同居 別居	有 無	出生・結婚・在学 退職・労務不能 その他（　）	死亡・就職・離婚・国保 その他（　） 該当日　年　月　日	令和	（マイナ保険証保有者は申請不要） ☐ 発行が必要
個人番号		別居の場合の住所	〒							

区分	フリガナ 氏名	生年月日	性別	戸籍続柄	居住	収入	申請理由（増）	申請理由（減）と年月日	（※健保記入欄）認定喪失年月日	＊資格確認書発行要否
新・増・減		昭 平 令	男 女		同居 別居	有 無	出生・結婚・在学 退職・労務不能 その他（　）	死亡・就職・離婚・国保 その他（　） 該当日　年　月　日	令和	（マイナ保険証保有者は申請不要） ☐ 発行が必要
個人番号		別居の場合の住所	〒							

区分	フリガナ 氏名	生年月日	性別	戸籍続柄	居住	収入	申請理由（増）	申請理由（減）と年月日	（※健保記入欄）認定喪失年月日	＊資格確認書発行要否
新・増・減		昭 平 令	男 女		同居 別居	有 無	出生・結婚・在学 退職・労務不能 その他（　）	死亡・就職・離婚・国保 その他（　） 該当日　年　月　日	令和	（マイナ保険証保有者は申請不要） ☐ 発行が必要
個人番号		別居の場合の住所	〒							

＊　当健保ではマイナンバーカードの保険証利用（マイナ保険証）を原則としています。資格確認書が必要な事情がある場合に限り、「☐発行が必要」にチェックを入れてください。（資格確認書については健保ホームページをご覧ください）

確認	この届出については申請者本人（被保険者）が作成したものであり、記載内容について誤りがないことを申請者本人として確認しました。（提出時必ず☑してください）
☐	

新規届・増届の場合、以下の制約内容をご確認の上、署名（自筆）してください。

上記の者は主として私の受ける報酬（給与）により生活をしており、記載事項は事実として相違ありません。
尚、健康保険法規定の範囲を超えた場合（就職、年収６０歳未満１３０万円・６０歳以上１８０万円以上等）
は、ただちに健康保険の扶養から外すことをここに誓約いたします。

令和　　年　　月　　日

ＳＵＢＡＲＵ健康保険組合　理事長殿　被保険者署名（自筆）

この届出については、事業主として申請書類に不備がないことを確認しました。

事業所所在地　〒　　－　　（ゴム印使用）

事業所名称

事業主氏名

電話　（　　局）　　番