被扶養者（減）届の記入例

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

①（ 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
② 株式会社SUBARU	③ 総務 部　総務 課/~~主査~~　係　内線TEL（ 8-22-2061 ）	〒 373-0028　TEL 0276-26-OOOO ④ 群馬県太田市〇〇町〇〇〇〇

被保険者の記号番号 記号	番号	従業員番号（ゴム印でも可）	フリガナ 氏名	⑦生年月日	⑧性別	⑨資格取得年月日
⑤ 1001	12345	⑥ 012345	フジ タロウ 富士 太郎	昭 平 令 5 0 1 0 2 3	男 女	昭 平 令 2 5 0 4 0 1

⑩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

⑪被扶養者（家族・認定対象者）

区分	⑬ フリガナ 氏名	生年月日	性別	⑮戸籍続柄	⑯居住	収入	⑰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	㉒＊資格確認書発行要否
⑫ 新 増 減	フジ ハナコ 富士 花子	昭 平 令 0 3 0 5 2 0	男 女	妻	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	⑱〒							
⑭ 新 増 減	フジ ハナエ 富士 華恵	昭 平 令 4 0 1 1 1 9	男 女	母	同居 別居	有 無	出生・結婚・在学 退職・労務不能 その他（父の死亡）	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	〒							
新 増 減	フジ スバル 富士 昴	昭 平 令 0 3 0 8 2 0	男 女	長男	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）

⑲ 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。

⑳ 令和　3 年　8 月　25 日
ＳＵＢＡＲＵ健康保険組合　理事長殿　被保険者署名（自筆）　富士 太郎

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
㉑ この欄は事業主が使用しますので申請者は記入不要です
電話　（　局）　番

番号	記入欄	記入上のご注意
①	届の種別	扶養減の届の場合は「減」を〇で囲んでください。
②	事業所名称	被保険者（本人）が所属する会社名を記入
③	所属	現在の所属を記入（部・課/主査・係名と内線電話番号）
④	現住所	自宅の現住所を県名から記入
⑤	記号・番号	「資格情報のお知らせ」等に記載の「記号」（４桁）と「番号」を記入
⑥	従業員番号・氏名	会社の従業員番号と氏名・フリガナを記入（会社のゴム印でも可ですが、フリガナを忘れずに）
⑦	生年月日	被保険者本人の生年月日を記入（当てはまる年号を〇で囲んでください）
⑧	性別	当てはまる方を〇で囲んでください。
⑨	資格取得年月日	被保険者の「資格情報のお知らせ」等に記載の「資格取得年月日」を記入
⑩	夫婦共同扶養確認	被扶養者から外す場合は記入不要です。
⑪	被扶養者欄	今回変更となる家族のみを記入してください。一枚に3人まで対象者を記入することができます。
⑫	区分欄	扶養減の場合は「減」を〇で囲んでください。
⑬	氏名・生年月日・性別	被扶養者から外す方の氏名・フリガナ・生年月日・性別を記入してください。
⑭	個人番号	被扶養者から外す場合は個人番号（マイナンバー）は記入不要です。
⑮	戸籍続柄	被保険者本人との戸籍上の続柄を記入してください。（「子」は不可、「長男」「二女」等と記入）
⑯	住居・収入	当てはまる方を〇で囲んでください。
⑰	申請理由（減）と年月日	当てはまる理由を〇で囲んでください。「その他」の場合は（　）内に理由を具体的に記入してください。 「申請理由（増）」、「認定喪失年月日」欄は記入不要です。
⑱	別居の場合の住所	被扶養者から外す場合は記入不要です。
⑲	確認欄	確認欄の記載事項を確認して✓を記入
⑳	日付・被保険者署名	被扶養者（減）届の場合は日付、被保険者署名とも不要です。
㉑	事業主欄	この欄は事業主が使用しますので、申請者は記入不要です。
㉒	資格確認書　要否	記入不要です

※健康保険被扶養者届の添付書類等については、説明資料「被扶養者に関する手続き」を参照してください。