

# 健康保険 被扶養者 (異動)

様式1

健康保険組合

被保険者の氏名は必ず自署にて記入

(\*1) KOSMO-Webに掲載している「資格情報のお知らせ」を参照ください。

令和 〇 年 12 月 10 日提出

被保険者等の記号・番号(*1)	被保険者の氏名※自署	事業所名
記号 123 番号 456789	健保 太郎	JALOO株式会社
性別	被保険者の住民票住所	取得年月日
和 成 令 和	〒 144-XXXX 東京都大田区羽田空港	年 月 日 20401

認定の場合

「妻」「長男」「義父」等、詳しく記入

①被扶養者の氏名(フリガナ) ※増の場合：氏名15文字、フリガナ25文字(空白含む)	②性別	③続柄	④生年月日	⑤職業等
健保 花子	1 男 2 女	母	5 昭和 7 平成 9 令和 260304	無職
⑥増減別	⑦事由	⑧増または減の事由発生日	⑨個人番号(マイナンバー) ※増のみ	備考
1 増(認定) 2 減(削除)	離職	令和 061201	12345678XXXX	
⑩資格確認書発行要否※増のみ	⑪被扶養者の住民票住所			認定日(削除日) ※健保記入欄
<input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要	〒 - 被保険者と同居の場合、「被保険者に同じ」と記入 被保険者に同じ			「小学1年」「大学2年」「パート」等、詳しく記入

①被扶養者の氏名(フリガナ) ※増の場合：氏名15文字、フリガナ25文字(空白含む)	②性別	③続柄	④生年月日	⑤職業等
健保 ナツ	長女	5 昭和 7 平成 9 令和 130201	パート	
⑥増減別	⑦事由	⑧増または減の事由発生日	⑨個人番号(マイナンバー) ※増のみ	備考
1 増(認定) 2 減(削除)	婚姻	令和 061215		
⑩資格確認書発行要否※増のみ	⑪被扶養者の住民票住所			認定日(削除日) ※健保記入欄
<input type="checkbox"/> 発行が必要	〒XXXX-XXXX ※被保険者と同居の場合、「被保険者に同じ」と記入 東京都XXX区△△1-2-3			令和 年 月 日

資格確認書の発行が必要な場合は、「発行が必要」にチェック  
※発行要否については下記(\*2)参照

削除の場合

①被扶養者の氏名(フリガナ) ※増の場合：氏名15文字、フリガナ25文字(空白含む)	②性別	③続柄	④生年月日	⑤職業等
健保 三郎	1 男 2 女	二男	5 昭和 7 平成 9 令和 140504	会社員
⑥増減別	⑦事由	⑧増または減の事由発生日	⑨個人番号(マイナンバー) ※増のみ	備考
1 増(認定) 2 減(削除)	就職	令和 061216		
⑩資格確認書発行要否※増のみ	⑪被扶養者の住民票住所			認定日(削除日) ※健保記入欄
<input type="checkbox"/> 発行が必要	〒XXXX-XXXX ※被保険者と同居の場合、「被保険者に同じ」と記入 東京都XXX区△△4-5-6			令和 年 月 日

削除の場合、記入不要

(\*2) 資格確認書の発行は以下該当する場合に限りです。

- ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
- ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録をおこなっていない者、利用登録解除者
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

受付日付印

## 【注意事項】

- ・被保険者欄は必ず記入してください。
- ・認定日(削除日)については、原則事由発生日としますが、申請内容および状況によっては、健保が確認した日となります。
- ・提出先は各事業所の健保窓口(総務等)となります。※任継・特退は健保事務センターへ提出

## 事業主記入欄(※任継・特退記入不要)

上記のとおり被保険者からの申請がありましたので届出します。

所在地  
事業所  
名称  
事業主名称記入不要  
(事業所記入欄)

2024.12

常務理事	事務長	リーダー	担当者