

健康保険 被扶養者届(増員・減員)

令和6年12月更新

受付印

※申請する項目(増員・減員)に○をして下さい。

令和 ×年 ×月 ×日 提出

事業主記入欄	事業所名称	事業主氏名
	事業所所在地	
	電話番号	
	☒ この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①被保険者が作成したものである。 ②記載内容について、被保険者が作成したものである。	

必ず確認の✓をしてください

社会保険労務士記入欄

こちらの欄は被保険者について記入します

被保険者欄	被保険者記号・番号	記号	番号	生年月日	昭和・平・令	年	月	日	連絡先	姓	名	姓	名
	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	住所	〒×××-×××× 神奈川県横浜市金沢区福浦××丁目××番地							
	日発	ニッパツ	太郎										

こちらの欄は申請する被扶養者について記入します

被扶養者欄について、被扶養者になった場合は「増員」、被扶養者でなくなった場合は「減員」をそれぞれ別用紙で記入してください。

※被扶養者の「増員」と「減員」は同時に提出できません。「増員」、「減員」はそれぞれ別の用紙で

住民票住所の確認が必要です。
現住所と異なる場合は必ず記入してください。

被扶養者欄1	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	昭和・平・令	年	月	日	続柄	妻	男・女			
	現住所	〒×××-×××× 神奈川県横浜市金沢区福浦××丁目××番地				1. 同居 2. 別居	住民票住所	〒×××-××××							
	増員	被扶養者になった日	令和	×	×	×	×	増員理由	1. 被保険者入社 2. 退職 3. 収入減	4. 結婚 5. 出生 6. その他()	職業	1. 無職 2. パート 3. 年金受給者	4. 未就学児 5. 学生 6. その他()	資格確認書発行要否	発行が必要 ※別途申請書類必要 裏面を参照
	減員	被扶養者でなくなった日	令和	×	×	×	×	減員理由	1. 就職 2. 収入増 3. 離婚	4. 後期高齢者 5. 死亡 6. その他()	資格削除証明書発行要否	発行が必要	資格確認書回収(保険証回収)	添付・返却不能	

事実発生日をご記入ください。
例) 退職の場合は前加入健康保険の喪失日になります。資格確認書が必要な場合は✓をしてください。
また、「資格確認書(新規・再交付)申請書」を併せて提出してください。

被扶養者欄1	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	昭和・平・令	年	月	日	続柄	妻	男・女			
	現住所	〒×××-×××× 神奈川県横浜市金沢区福浦××丁目××番地				1. 同居 2. 別居	住民票住所	〒×××-××××							
	増員	被扶養者になった日	令和	×	×	×	×	増員理由	1. 被保険者入社 2. 退職 3. 収入減	4. 結婚 5. 出生 6. その他()	職業	1. 無職 2. パート 3. 年金受給者	4. 未就学児 5. 学生 6. その他()	資格確認書発行要否	発行が必要 ※別途申請書類必要 裏面を参照
	減員	被扶養者でなくなった日	令和	×	×	×	×	減員理由	1. 就職 2. 収入増 3. 離婚	4. 後期高齢者 5. 死亡 6. その他()	資格削除証明書発行要否	発行が必要	資格確認書回収(保険証回収)	添付・返却不能	

配偶者が扶養におらず、配偶者以外を増員される場合に、配偶者が当健康保険組合の被保険者の場合、配偶者の記号・番号を記入してください。

被扶養者欄1	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	個人番号	生年月日	昭和・平・令	年	月	日	続柄	妻	男・女
	現住所	〒×××-×××× 神奈川県横浜市金沢区福浦××丁目××番地				1. 同居 2. 別居	住民票住所	〒×××-××××					
	増員	被扶養者になった日	令和	×	×	×	×	増員理由	1. 被保険者入社 2. 結婚	4. 未就学児	資格確認書	発行が必要 ※別途申請書類必要 裏面を参照	
	減員	被扶養者でなくなった日	令和	×	×	×	×	減員理由	1. 就職 2. 収入増 3. 離婚	4. 後期高齢者 5. 死亡 6. その他()	資格削除証明書発行要否	発行が必要	資格確認書回収(保険証回収)

増員の場合で、被保険者の配偶者がニッパツやニッパツグループに勤務しており、日本発条健康保険組合の被保険者である方は、下記項目もご記入ください。

配偶者 被保険者等 記号・番号	記号	番号
-----------------	----	----

事業所確認	常務理事	事務長	担当者

健康保険 被扶養者届(増員・減員)

令和6年12月更新

受付印

※申請する項目(増員・減員)に○をして下さい。

令和 ×年 ×月 ×日 提出

事業主記入欄	事業所名称		事業主氏名	
	事業所所在地			
	電話番号			
	☒ この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①被保険者が作成したものである。 ②記載内容について、被保険者が作成したものである。			

必ず確認の✓をしてください

社会保険労務士記入欄

こちらの欄は被保険者について記入します

被保険者欄	被保険者記号・番号	記号	× × ×	番号	× × ×	生年月日	昭・平・令	× ×	年	×	月	×	日	連絡先	× × × (× × ×) × × × ×
	氏名	(フリガナ)	ニッパツ	(氏)	日発	(名)	タロウ	住所	〒 × × × - × × × × 神奈川県横浜市金沢区福浦 × × 丁目 × × 番地						

こちらの欄は申請する被扶養者について記入します

被扶養者欄について、被扶養者になった場合は「増員」、被扶養者でなくなった場合は「減員」を○で囲み、右に続く項目を記入してください。

※被扶養者の「増員」と「減員」は同時に提出できません。「増員」、「減員」はそれぞれ別の用紙で提出してください。

被扶養者欄1	氏名	(フリガナ)	ニッパツ	(氏)	日発	(名)	ハナコ	花子	個人番号					性別	男	女		
	現住所	〒 × × × - × × × × 神奈川県横浜市金沢区福浦 × × 丁目 × × 番地							1. 同居 2. 別居	住民票住所	〒 -							
	増員	被扶養者になった日	令和	×	年	×	月	×	日	増員理由	1. 被保険者入社 2. 退職 3. 収入減 4. 結婚 5. 出生 6. その他()				資格削除証明書発行要否	発行が必要	資格確認書回収(保険証回収)	添付・返却不能
	減員	被扶養者でなくなった日	令和	×	年	×	月	×	日	減員理由	1. 就職 2. 収入増 3. 離婚 4. 後期高齢者 5. 死亡 6. その他()				資格削除証明書発行要否	発行が必要	資格確認書回収(保険証回収)	添付・返却不能

資格削除証明書が必要な場合は✓をしてください。

事実発生日をご記入ください。
例) 就職の場合は就職日を記入してください。

被扶養者欄1	氏名	(フリガナ)		(氏)		(名)		個人番号					性別	男・女				
	現住所	〒 - ※住民票住所が現住所と異なる場合は右記に住民票住所をご記入ください。							1. 同居 2. 別居	住民票住所	〒 -							
	増員	被扶養者になった日	令和		年		月		日	増員理由	1. 被保険者入社 2. 退職 3. 収入減 4. 結婚 5. 出生 6. その他()				資格確認書発行要否	発行が必要	資格確認書回収(保険証回収)	添付・返却不能
	減員	被扶養者でなくなった日	令和		年		月		日	減員理由	1. 就職 2. 収入増 3. 離婚 4. 後期高齢者 5. 死亡 6. その他()				資格削除証明書発行要否	発行が必要	資格確認書回収(保険証回収)	添付・返却不能

被扶養者欄1	氏名	(フリガナ)		(氏)		(名)		個人番号					性別	男・女				
	現住所	〒 - ※住民票住所が現住所と異なる場合は右記に住民票住所をご記入ください。							1. 同居 2. 別居	住民票住所	〒 -							
	増員	被扶養者になった日	令和		年		月		日	増員理由	1. 被保険者入社 2. 退職 3. 収入減 4. 結婚 5. 出生 6. その他()				資格確認書発行要否	発行が必要	資格確認書回収(保険証回収)	添付・返却不能
	減員	被扶養者でなくなった日	令和		年		月		日	減員理由	1. 就職 2. 収入増 3. 離婚 4. 後期高齢者 5. 死亡 6. その他()				資格削除証明書発行要否	発行が必要	資格確認書回収(保険証回収)	添付・返却不能

増員の場合で、被保険者の配偶者がニッパツやニッパツグループに勤務しており、日本発条健康保険組合の被保険者である方は、下記項目もご記入ください。

配偶者 被保険者等 記号・番号	記号	番号
-----------------	----	----

事業所確認	常務理事	事務長	担当者