

健康保険 被扶養者（異動）届【配偶者以外の被扶養者用】の書き方

正

届書コード 202 届書

健康保険 被扶養者(異動)届

【配偶者以外の被扶養者用】

所長 次長 課長 係長 担当者

○「被保険者控」もあわせてご提出ください。

○記入の方法は、裏面に書いてありますのでよく読んで記入してください。

○「印欄」は記入しないでください。

ボールペンを用いて、楷書ではっきりとお書きください。

健康保険被保険者証	① 被保険者の氏名	③ 生年月日	⑦ 性別	⑧ 資格取得年月日	⑨ 標準報酬月額	⑩ 送付
② 被保険者の住所	④ 被扶養者でない配偶者を有するときに記入してください。	⑤ 被扶養者になった日	⑥ 被扶養者でなくなった日	⑪ 収入	⑫ 除かれた理由	⑬ 被扶養者の住所

⑭ 被扶養者の氏名	⑮ 生年月日	⑯ 続柄	⑰ 被扶養者になった日	⑱ 被扶養者でなくなった日	⑲ 収入	⑳ 除かれた理由	㉑ 被扶養者の住所	備考
配偶者	① 大3 ② 大5 ③ 大7	④ 男 ⑤ 女	⑥ 年 月 日	⑦ 年 月 日	⑧ 円			
配偶者以外	① 大3 ② 大5 ③ 大7	④ 男 ⑤ 女	⑥ 年 月 日	⑦ 年 月 日	⑧ 円			
被扶養者	① 大3 ② 大5 ③ 大7	④ 男 ⑤ 女	⑥ 年 月 日	⑦ 年 月 日	⑧ 円			
被扶養者	① 大3 ② 大5 ③ 大7	④ 男 ⑤ 女	⑥ 年 月 日	⑦ 年 月 日	⑧ 円			
被扶養者	① 大3 ② 大5 ③ 大7	④ 男 ⑤ 女	⑥ 年 月 日	⑦ 年 月 日	⑧ 円			
被扶養者	① 大3 ② 大5 ③ 大7	④ 男 ⑤ 女	⑥ 年 月 日	⑦ 年 月 日	⑧ 円			

上記のとおり被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します。 平成 年 月 日

事業所所在地 〒 —

事業所名称

事業主氏名

電話番号 (局) 番

社会保険事務所受付印

社会保険労務士の提出代行者印

- (1) ④は、被保険者資格取得届と同時に提出するときは記入しないでください。それ以外の場合は、被扶養者が増えたときは「追加1」を、減ったとき又は被扶養者の氏名等に変更があったときは「削除（変更）2」を○で囲んでください。
- (2) ②は、被扶養者でない配偶者を有するときに記入してください。（夫婦共同で扶養している場合に記入してください。なお該当されない場合については、記入の必要はありません。）
- (3) ⑨は、被保険者との続柄を「父」、「母」、「子」、「祖父」および「祖母」などと記入してください。
- (4) ⑩は、被保険者資格取得届と同時に提出する方については、②の「資格取得年月日」を記入し、その後に追加となる方は、「出生年月日」など事実の発生した年月日を記入してください。
- (5) ⑪は、死亡により被扶養者から除かれる方については「死亡日の翌日」、就職等により被扶養者から除かれる方については「就職日等」（当該事由が発生した日）を記入してください。
- (6) ⑫の職業は、その実態がわかるように、「小学校6年」、「高校2年」および「年金受給者」などと記入してください。
- (7) ⑬は、被扶養者になったときに、「出生」および「離職」など、被扶養者でなくなったときは、「就職」および「死亡」などの事実を具体的に記入してください。
- (8) ⑭は、被保険者と同居しているときは「同居」と記入してください。別居しているときは、住所を記入してください。
- (9) ⑮は、氏名の変更（訂正）を行う場合は、変更（訂正）前の氏名を記入のうえ二重線で抹消し、その上段に変更（訂正）後の氏名を記入してください。