

<記入例> 家族が加入からはずれるとき

健康保険被扶養者（新規・異動）届

確認欄	1 コニカミノルタ健康保険組合 理事長殿 この届出については、以下の要件を満たしています。 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日提出 1. 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 2. 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 被保険者氏名 健保 太郎									
	【被保険者欄】 この欄は届出をする被保険者本人について記入してください									
①被保険者等の記号	133		②被保険者等の番号	12345		③氏名	(フリガナ) ケンポ (氏) 健保	(フリガナ) タロウ (名) 太郎		
④生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 5.昭和 <input type="checkbox"/> 7.平成 <input type="checkbox"/> 9.令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		⑤住民票住所※1	〒 —						
【被扶養者欄1】 この欄は被扶養者となる者又は被扶養者でなくなる者として届出の方について記入してください										
⑥増減	<input type="checkbox"/> 増					<input checked="" type="checkbox"/> 減				
⑦氏名	(フリガナ) ケンポ (氏) 健保	(名) ハナコ 花子		⑧性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	⑨生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 5.昭和 <input type="checkbox"/> 7.平成 <input type="checkbox"/> 9.令和 ○○ 年 6 月 3 日			
⑩続柄	妻	⑪職業又は学年	パート		⑫収入(年収)	⑬居住区分	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	⑭別居理由※1	<input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 他()	
⑮被扶養者となった日(でなくなった日)	令和 ○ 年 7 月 1 日		⑯理由	<input type="checkbox"/> 入社 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input checked="" type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給 <input type="checkbox"/> 他()						
⑰住民票住所※3	〒 — TEL —									
⑱マイナンバー(個人番号)	※マイナンバー欄は、住民票と異なる場合は⑲備考欄に住所を記入してください。									⑲備考
⑳資格確認書の発行		<input type="checkbox"/> 希望する		㉑資格喪失証明書の発行		<input checked="" type="checkbox"/> 希望する				
健保使用欄	認定年月日	年	月	日	削除年月日	年	月	日		
【被扶養者欄2】 この欄は被扶養者となる者又は被扶養者でなくなる者として届出の方について記入してください										
⑧増減	<input type="checkbox"/> 増					<input checked="" type="checkbox"/> 減				
⑨氏名	(フリガナ) ケンポ (氏) 健保	(名) ハル 晴		⑩性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	⑪生年月日	<input type="checkbox"/> 5.昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 7.平成 <input type="checkbox"/> 9.令和 ○○ 年 9 月 1 日			
⑫続柄	長女	⑬職業又は学年	会社員		⑭収入(年収)	⑮居住区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	⑯別居理由※1	<input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 他()	
⑰被扶養者となった日(でなくなった日)	令和 ○ 年 4 月 1 日		⑰理由	<input type="checkbox"/> 入社 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input checked="" type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給 <input type="checkbox"/> 他()						
⑰住民票住所※3	〒 — TEL —									
⑱マイナンバー(個人番号)	※マイナンバー欄は、住民票と異なる場合は⑲備考欄に住所を記入してください。									⑲備考
㉒資格喪失証明書の発行		<input type="checkbox"/> 希望する		㉓資格喪失証明書の発行		<input checked="" type="checkbox"/> 希望する				
健保使用欄	認定年月日	年	月	日	削除年月日	年	月	日		

1 【確認欄】
提出日と被保険者氏名を記入してください。

2 【被保険者欄】
被保険者等の記号、番号、生年月日を記入してください。健保に住民票上の住所を届出していない方は⑤を記入してください。

3 【被扶養者欄1 /2】
「減」にチェックし扶養からはずす家族の情報を記載してください。

4 ⑭収入
「減」のときは記載不要です。

5 ⑰被扶養者でなくなった日
就職で扶養からはずす時は就職した日を記入してください。その他は健保HPの「家族の加入・脱退について」の解説に記載の「被扶養者の削除日」をご参照ください。

6 ⑰住民票住所
記入不要です。

7 ⑱マイナンバー
記入不要です。

8 ㉒資格喪失証明書の発行
当健保組合の発行する証明書が必要な場合はチェックをしてください。

住民票と異なる場合は⑲備考欄に住所を記入してください。
コニカミノルタ健康保険組合