令和6年12月更新

常務理事	事務長		主任	担当者

記入見本　パターン1（収入減による扶養申請）

健康保険被扶養者（異動）届

被保険者欄

被保険者記号	○○○	被保険者番号	○○○	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 ○○年 ○○月 ○○日
氏名	（フリガナ）ケンコウ（氏）健　康	（フリガナ）タロウ（名）太　郎		取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 ○○年 ○○月 ○○日　年収 450 万円
住民票住所	〒 ○○○-○○○○　東京都○○市○○○　1-234				
現住所	住民票と同じ ☑（住民票と同一の場合☑） 〒 -			備考	

■被保険者の配偶者が当健保の被扶養者ではなく、お子様のみ加入される場合は、記入してください

■配偶者年収見込　　万円　※夫婦共同該当の場合、夫婦双方の年収を比較します

被扶養者欄1

氏名	（フリガナ）ケンコウ（氏）健　康	（フリガナ）ハナコ（名）花　子		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 ○○年 ○○月 ○○日　性別 1.男 2.女
				個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
住民票住所	被保険者と同一 ☑（被保険者ト同一の場合☑）〒 -			続柄	妻　職業 パート　年収 100 万円
現住所	1.同居 ☑ 2.別居 ☐ 〒 - （別居の場合住所記入してください）			※資格確認書発行要否	☐ マイナ保険証を保有していないので、発行が必要
被扶養者になった日	9.令和 ○○年 ○○月 ○○日	被扶養者でなくなった日	9.令和　年　月　日	被扶養者申請理由	収入減のため

被扶養者欄2

氏名	（フリガナ）（氏）	（フリガナ）（名）		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和　年　月　日　性別 1.男 2.女
				個人番号	
住民票住所	被保険者と同一 ☐（被保険者ト同一の場合☑）〒 -			続柄	職業　年収　万円
現住所	1.同居 ☐ 2.別居 ☐ 〒 - （別居の場合住所記入してください）			※資格確認書発行要否	☐ マイナ保険証を保有していないので、発行が必要
被扶養者になった日	9.令和　年　月　日	被扶養者でなくなった日	9.令和　年　月　日	被扶養者申請理由	

被扶養者欄3

氏名	（フリガナ）（氏）	（フリガナ）（名）		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和　年　月　日　性別 1.男 2.女
				個人番号	
住民票住所	被保険者と同一 ☐（被保険者ト同一の場合☑）〒 -			続柄	職業　年収　万円
現住所	1.同居 ☐ 2.別居 ☐ 〒 - （別居の場合住所記入してください）			※資格確認書発行要否	☐ マイナ保険証を保有していないので、発行が必要
被扶養者になった日	9.令和　年　月　日	被扶養者でなくなった日	9.令和　年　月　日	被扶養者申請理由	

【　事業主記載欄　】

☐ 本人押印・署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。

☐ 本人押印・署名の省略にあたり、記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。

受付日付印

＜身分変更（同日得喪）による被扶養者異動の場合は、以下も☑を入れてください＞

☐ 続柄及び居住状況が従前と変更のないことを確認しました。
※続柄及び居住状況が従前と変更のない場合は、住民票を省略することができます。
※従前と変更があった場合は、☑を入れずに住民票を提出してください。

事業所所在地		〒 -
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号		（　　）

令和　　年　　月　　日　提出

社会保険労務士記載欄

■個人番号が未記入の場合は、番号法第14条に基づき住民基本台帳ネットワーク（住基ネット）から当健保組合が直接収集する場合があります。

■「資格確認書」の発行が必要な場合は、☑をいれてください。
【※】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していない、利用登録解除申請中、利用登録解除者／マイナンバーカード電子証明書有効期限切れの者が原則発行対象となります。

鉄道弘済会健康保険組合

令和6年12月更新

常務理事	事務長		主任	担当者

記入見本　パターン2（出生による扶養申請）

健康保険被扶養者（異動）届

被保険者欄

被保険者記号	○○○	被保険者番号	○○○	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 ○○年 ○○月 ○○日
氏名	（フリガナ）ケンコウ　タロウ （氏）健　康　（名）太　郎			取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 ○○年 ○○月 ○○日　年収 450 万円
住民票住所	〒 ○○○-○○○○　東京都○○市○○○ 1-234				
現住所	住民票と同じ ☑ （住民票と同一の場合☑） 〒 -			備考	

■被保険者の配偶者が当健保の被扶養者ではなく、お子様のみ加入される場合は、記入してください

■配偶者年収見込 250 万円 ※夫婦共同該当の場合、夫婦双方の年収を比較します

被扶養者欄1

氏名	（フリガナ）ケンコウ　アユミ （氏）健　康　（名）あゆみ			生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 ○○年 ○○月 ○○日　性別 1.男 2.女
				個人番号	2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3
住民票住所	被保険者と同一 ☑（被保険者ト同一の場合☑） 〒 -			続柄	長女　職業 無職　年収 0 万円
現住所	1.同居 ☑ 2.別居 ☐ 〒 - （別居の場合住所記入してください）			※資格確認書発行要否	☑ マイナ保険証を保有していないので、発行が必要
被扶養者になった日	9.令和 ○○年 ○○月 ○○日	被扶養者でなくなった日	9.令和 年 月 日	被扶養者申請理由	出生のため

被扶養者欄2

氏名	（フリガナ） （氏）　（名）			生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日　性別 1.男 2.女
				個人番号	
住民票住所	被保険者と同一 ☐（被保険者ト同一の場合☑） 〒 -			続柄	職業　年収 万円
現住所	1.同居 ☐ 2.別居 ☐ 〒 - （別居の場合住所記入してください）			※資格確認書発行要否	☐ マイナ保険証を保有していないので、発行が必要
被扶養者になった日	9.令和 年 月 日	被扶養者でなくなった日	9.令和 年 月 日	被扶養者申請理由	

被扶養者欄3

氏名	（フリガナ） （氏）　（名）			生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日　性別 1.男 2.女
				個人番号	
住民票住所	被保険者と同一 ☐（被保険者ト同一の場合☑） 〒 -			続柄	職業　年収 万円
現住所	1.同居 ☐ 2.別居 ☐ 〒 - （別居の場合住所記入してください）			※資格確認書発行要否	☐ マイナ保険証を保有していないので、発行が必要
被扶養者になった日	9.令和 年 月 日	被扶養者でなくなった日	9.令和 年 月 日	被扶養者申請理由	

【　事業主記載欄　】

☐ 本人押印・署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。

☐ 本人押印・署名の省略にあたり、記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。

受付日付印

＜身分変更（同日得喪）による被扶養者異動の場合は、以下も☑を入れてください＞

☐ 続柄及び居住状況が従前と変更のないことを確認しました。
※続柄及び居住状況が従前と変更のない場合は、住民票を省略することができます。
※従前と変更があった場合は、☑を入れずに住民票を提出してください。

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	（　　）

令和　年　月　日 提出

社会保険労務士記載欄

■個人番号が未記入の場合は、番号法第14条に基づき住民基本台帳ネットワーク（住基ネット）から当健保組合が直接収集する場合があります。

■「資格確認書」の発行が必要な場合は、☑をいれてください。
【※】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していない、利用登録解除申請中、利用登録解除者／マイナンバーカード電子証明書有効期限切れの者が原則発行対象となります。

鉄道弘済会健康保険組合

令和6年12月更新

常務理事	事務長		主任	担当者

記入見本　パターン3（離職による扶養申請）

健康保険被扶養者（異動）届

被保険者欄

被保険者記号	○○○	被保険者番号	○○○	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 ○○年 ○○月 ○○日
氏名	(フリガナ) テツドウ (氏) 鉄道	(名) ヒロシ ひろし		取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 ○○年 ○○月 ○○日
住民票住所	〒 ○○○-○○○○ 東京都○○市○○○ 1-234			年収	450 万円
現住所	住民票と同じ ☑ （住民票と同一の場合☑） 〒 -			備考	

■被保険者の配偶者が当健保の被扶養者ではなく、お子様のみ加入される場合は、記入してください

■配偶者年収見込　　万円　※夫婦共同該当の場合、夫婦双方の年収を比較します

被扶養者欄1

氏名	(フリガナ) テツドウ (氏) 鉄道	(名) ハルカ はるか		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 ○○年 ○○月 ○○日 性別 1.男 2.女
				個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
住民票住所	被保険者と同一 ☑ (被保険者ト同一の場合☑)	〒 -		続柄	妻 職業 無職 年収 0 万円
現住所	1.同居 ☑ 2.別居 ☐ (別居の場合住所記入してください)	〒 -		※資格確認書発行要否	☐ マイナ保険証を保有していないので、発行が必要
被扶養者になった日	9.令和 ○○年 ○○月 ○○日	被扶養者でなくなった日	9.令和 年 月 日	被扶養者申請理由	離職のため

被扶養者欄2

氏名	(フリガナ) (氏)	(名)		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日 性別 1.男 2.女
				個人番号	
住民票住所	被保険者と同一 ☐ (被保険者ト同一の場合☑)	〒 -		続柄	職業 年収 万円
現住所	1.同居 ☐ 2.別居 ☐ (別居の場合住所記入してください)	〒 -		※資格確認書発行要否	☐ マイナ保険証を保有していないので、発行が必要
被扶養者になった日	9.令和 年 月 日	被扶養者でなくなった日	9.令和 年 月 日	被扶養者申請理由	

被扶養者欄3

氏名	(フリガナ) (氏)	(名)		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日 性別 1.男 2.女
				個人番号	
住民票住所	被保険者と同一 ☐ (被保険者ト同一の場合☑)	〒 -		続柄	職業 年収 万円
現住所	1.同居 ☐ 2.別居 ☐ (別居の場合住所記入してください)	〒 -		※資格確認書発行要否	☐ マイナ保険証を保有していないので、発行が必要
被扶養者になった日	9.令和 年 月 日	被扶養者でなくなった日	9.令和 年 月 日	被扶養者申請理由	

【　事業主記載欄　】

☐ 本人押印・署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。

☐ 本人押印・署名の省略にあたり、記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。

受付日付印

＜身分変更（同日得喪）による被扶養者異動の場合は、以下も☑を入れてください＞

☐ 続柄及び居住状況が従前と変更のないことを確認しました。
※続柄及び居住状況が従前と変更のない場合は、住民票を省略することができます。
※従前と変更があった場合は、☑を入れずに住民票を提出してください。

事業所所在地		〒 -
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号		（　　）

令和　　年　　月　　日　提出

社会保険労務士記載欄

■個人番号が未記入の場合は、番号法第14条に基づき住民基本台帳ネットワーク（住基ネット）から当健保組合が直接収集する場合があります。

■「資格確認書」の発行が必要な場合は、☑をいれてください。
【※】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していない、利用登録解除申請中、利用登録解除者／マイナンバーカード電子証明書有効期限切れの者が原則発行対象となります。

鉄道弘済会健康保険組合

令和6年12月更新

常務理事	事務長		主任	担当者

記入見本　パターン4（収入増による扶養削除申請）

健康保険被扶養者（異動）届

被保険者欄

被保険者記号	○○○	被保険者番号	○○○	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 ○○年 ○○月 ○○日
氏名	（フリガナ）ケンポ　（氏）健保	（フリガナ）ジュンイチ　（名）潤一		取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 ○○年 ○○月 ○○日　年収 450 万円
住民票住所	〒 ○○○-○○○○　東京都○○市○○○ 1-234				
現住所	住民票と同じ ☑ （住民票と同一の場合☑） 〒 -			備考	

■被保険者の配偶者が当健保の被扶養者ではなく、お子様のみ加入される場合は、記入してください

■配偶者年収見込　　万円　※夫婦共同該当の場合、夫婦双方の年収を比較します

被扶養者欄1

氏名	（フリガナ）ケンポ　（氏）健保	（フリガナ）ハルカ　（名）はるか		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 ○○年 ○○月 ○○日　性別 1.男 2.女
				個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
住民票住所	被保険者と同一 ☑（被保険者ト同一の場合☑） 〒 -			続柄	妻　職業 パート　年収 200 万円
現住所	1.同居 ☑ 2.別居 ☐ 〒 - （別居の場合住所記入してください）			※資格確認書発行要否	☐ マイナ保険証を保有していないので、発行が必要
被扶養者になった日	9.令和　年　月　日	被扶養者でなくなった日	9.令和 ○○年 ○○月 ○○日	被扶養者申請理由	収入増のため

被扶養者欄2

氏名	（フリガナ） （氏）	（名）		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和　年　月　日　性別 1.男 2.女
				個人番号	
住民票住所	被保険者と同一 ☐（被保険者ト同一の場合☑） 〒 -			続柄	職業　年収　万円
現住所	1.同居 ☐ 2.別居 ☐ 〒 - （別居の場合住所記入してください）			※資格確認書発行要否	☐ マイナ保険証を保有していないので、発行が必要
被扶養者になった日	9.令和　年　月　日	被扶養者でなくなった日	9.令和　年　月　日	被扶養者申請理由	

被扶養者欄3

氏名	（フリガナ） （氏）	（名）		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和　年　月　日　性別 1.男 2.女
				個人番号	
住民票住所	被保険者と同一 ☐（被保険者ト同一の場合☑） 〒 -			続柄	職業　年収　万円
現住所	1.同居 ☐ 2.別居 ☐ 〒 - （別居の場合住所記入してください）			※資格確認書発行要否	☐ マイナ保険証を保有していないので、発行が必要
被扶養者になった日	9.令和　年　月　日	被扶養者でなくなった日	9.令和　年　月　日	被扶養者申請理由	

【　事業主記載欄　】

☐ 本人押印・署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。

☐ 本人押印・署名の省略にあたり、記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。

受付日付印

＜身分変更（同日得喪）による被扶養者異動の場合は、以下も☑を入れてください＞

☐ 続柄及び居住状況が従前と変更のないことを確認しました。
※続柄及び居住状況が従前と変更のない場合は、住民票を省略することができます。
※従前と変更があった場合は、☑を入れずに住民票を提出してください。

事業所所在地		〒 -
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号		（　　）

令和　　年　　月　　日　提出

社会保険労務士記載欄

■個人番号が未記入の場合は、番号法第14条に基づき住民基本台帳ネットワーク（住基ネット）から当健保組合が直接収集する場合があります。

■「資格確認書」の発行が必要な場合は、☑をいれてください。
【※】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していない、利用登録解除申請中、利用登録解除者／マイナンバーカード電子証明書有効期限切れの者が原則発行対象となります。

鉄道弘済会健康保険組合