（特退・任継用）

健康保険　被扶養者(異動)届の届出申請について

家族を健康保険の被扶養者に入れる場合、また、すでに被扶養者である家族を健康保険の扶養から外す場合、「健康保険 被扶養者（異動）届」にて申請してください。

■家族を健康保険の被扶養者に入れる場合（増加する場合）

収入のある配偶者、在学していない 16 歳以上の子ども、兄姉弟妹を増加させる場合は、「健康保険被扶養者（異動）届」と併せて、「**健康保険被扶養者認定伺**」が必要です。
事象に応じた必要書類を添付のうえ、提出してください。

◎上記枠以外の方を被扶養者に入れる場合の添付書類について

配偶者	退職した場合	住民票(※)、誓約書、退職証明書（退職後３ヶ月以内）または離職票
	無職の場合	住民票(※)、誓約書
子ども	住民票(※)、16 歳以上の場合は、学生証または、在学証明書の写 ・同居家族がいる場合は、収入が最も多い方の扶養になるため、同居家族全員の収入確認できる書類を添付してください。（既に被扶養者となっている方は不要）	

（※）住民票は、発行後 3 ヶ月以内で個人番号の記載のない続柄記載の世帯全員のもの

【別居の場合】

・続柄が確認できない場合は、住民票と併せて、被保険者との続柄が確認できる戸籍謄本を提出してください。
・別居理由が、「子女の進学」「施設等への入所」以外の場合は、「別居者の扶養に関する誓約書」と送金証明書（振込取引控等）を提出してください。
送金額は、認定対象者の年収を 12 ヶ月で割った額以上の金額を毎月定期的に被保険者が送金してください。（月の送金下限額：54,000 円）

■家族を健康保険の被扶養者から外す場合（減少する場合）

＜添付するもの＞

・減少する被扶養者の健康保険証 ※切らずに油性ペンで「無効」および「記入日」を記載し、返却してください。	
・事象により以下の書類を添付してください。	
◆就職した場合	就職先の健康保険証のコピー
◆収入超過の場合	収入超過を確認できる書類（課税証明書、給与明細等）
◆お亡くなりの場合	死亡診断書（写）、埋・火葬許可書（写）、死体検案書（写）等 ※「家族埋葬料請求書」を併せてご請求ください。

■提出先

〒７９０－００１１
愛媛県松山市千舟町５－６－１　ひめぎん末広町ビル
富士通健康保険組合　事務サポートセンター　特例退職 または 任意継続担当 宛

富士通健康保険組合 検索

【扶養手続きについて】

【扶養家族でなくなったとき】

2023.11.15

＜記入例＞

（特退・任継用）

健康保険被扶養者（異動）届

担当者	

被保険者が他の健康保険から加入することに伴い、被扶養者（異動）届を申請する場合は、記号・番号欄の記入は不要です。

届出年月日	●　年　●月　●日			
記　号	番　号			年齢
●●●●	●●●●●●●	富士　通男	昭和・平成　●●年　●　月　●　日	●●歳

電　話　番　号	資格取得年月日	性　別
自宅　●●●－●●●－●●●●	平成・令和　●●年　●　月　●　日	男・女
携帯　●●●－●●●●－●●●●		

子の増加申請時に配偶者が扶養に入っていない方は、被保険者と配偶者の前年の年間収入を記載してください。※扶養に入っている方は、記入の必要無し	被保険者	円
	配偶者	職業：　円

続柄	増減	（フリガナ）被扶養者氏名	性別	同居別居	続柄	増：扶養開始日 減：扶養終了日	届出事由
配偶者	増／減	ﾌﾘｶﾞﾅ　フジ　ミチコ 富士　通子	男 女	同居 別居	妻	令和　●年　●　月　●　日	退職のため
		※別居の場合：別居理由	1. 子女の進学　2. 施設等への入所　3. その他（　）				
		生年月日	昭和・平成　●●　年　●　月　●　日（年齢　●●　歳）				
		住　所	〒●●●－●●●● 神奈川県川崎市中原区上小田中●－●－●			電話番号	●●●－●●●●－●●●●
		個人番号	※個人番号（マイナンバー）の記載は不要です。				
		増加の方は該当する記号に○印をつけ、内容を記入してください。（認定伺を提出された方は記入の必要無し）					
		直近の職歴の有無	無・有	退職（廃業）日　：令和　●　年　●　月　●　日 退職理由　：自己都合（出産・病気・その他）、会社都合 加入していた健康保険（社保・国保・その他（　）			

続柄	増減	（フリガナ）被扶養者氏名	性別	同居別居	続柄	増：扶養開始日 減：扶養終了日	届出事由
配偶者以外	増／減	ﾌﾘｶﾞﾅ　フジ　ヤスコ 富士　康子	男 女	同居 別居	子	令和　●年　●月　●日	就職のため
		※別居の場合：別居理由	1. 子女の進学　2. 施設等への入所　3. その他（　）				
		生年月日	昭和・平成・令和　●●　年　●　月　●　日（年齢　●●　歳）				
		住　所	〒●●●－●●●● 神奈川県川崎市中原区上小田中●－●－●			電話番号	●●●－●●●●－●●●●
		個人番号	※個人番号（マイナンバー）の記載は不要です。				

続柄	増減	（フリガナ）被扶養者氏名	性別	同居別居	続柄	増：扶養開始日 減：扶養終了日	届出事由
配偶者以外	増／減	ﾌﾘｶﾞﾅ	男 女	同居 別居			
		※別居の場合：別居理由	1. 子女の進学　2. 施設等への入所　3. その他（　）				
		生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日（年齢　歳）				
		住　所	〒			電話番号	
		個人番号	※個人番号（マイナンバー）の記載は不要です。				

＜扶養終了日＞
- 就職した場合：就職先の保険証の資格取得日の前日
- 離婚した場合：離婚日の前日
- お亡くなりの場合：死亡日

◆減少する方で、国民健康保険 加入等で「資格喪失証明書」が必要な方は○を付けてください。⇒　必要

国民健康保険等に加入する場合は、「資格喪失証明書」が必要です。「必要」に○を付けてください。

■健保記入欄

証　回　収	介護保険料	保険料	
回収　・　未回収	返還・徴収	月　・	

2023.11.15

（特退・任継用）

健康保険被扶養者（異動）届

健保組合	常務理事		事務局長		課長		担当者	

届出年月日	年　月　日

記号	番号	被保険者名	生年月日	年齢
			昭和 平成　年　月　日	歳

電話番号	資格取得年月日	性別
自宅 携帯	平成 令和　年　月　日	男・女

子の増加申請時に配偶者が扶養に入っていない方は、被保険者と配偶者の前年の年間収入を記載してください。 ※扶養に入っている方は、記入の必要無し	被保険者	円
	配偶者	職業：　円

続柄	増減	（フリガナ）被扶養者氏名	性別	同居別居	続柄	増：扶養開始日 減：扶養終了日	届出事由
配偶者	増／減	ﾌﾘｶﾞﾅ	男 女	同居 別居		令和　年　月　日	
		※別居の場合：別居理由	1.子女の進学　2.施設等への入所　3.その他（　）				
		生年月日	昭和・平成　年　月　日（年齢　歳）				
		住所	〒			電話番号	
		個人番号	※個人番号（マイナンバー）の記載は不要です。				
		増加の方は該当する記号に〇印をつけ、内容を記入してください。（認定伺を提出された方は記入の必要無し）					
		直近の職歴の有無	無・有	退職（廃業）日　：令和　年　月　日 退職理由　：自己都合（出産・病気・その他）、会社都合 加入していた健康保険：社保・国保・その他（　）			

配偶者以外	増／減	（フリガナ）被扶養者氏名	性別	同居別居	続柄	増：扶養開始日 減：扶養終了日	届出事由
		ﾌﾘｶﾞﾅ	男 女	同居 別居		令和　年　月　日	
		※別居の場合：別居理由	1.子女の進学　2.施設等への入所　3.その他（　）				
		生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日（年齢　歳）				
		住所	〒			電話番号	
		個人番号	※個人番号（マイナンバー）の記載は不要です。				

配偶者以外	増／減	（フリガナ）被扶養者氏名	性別	同居別居	続柄	増：扶養開始日 減：扶養終了日	届出事由
		ﾌﾘｶﾞﾅ	男 女	同居 別居		令和　年　月　日	
		※別居の場合：別居理由	1.子女の進学　2.施設等への入所　3.その他（　）				
		生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日（年齢　歳）				
		住所	〒			電話番号	
		個人番号	※個人番号（マイナンバー）の記載は不要です。				

◆減少する方で、国民健康保険 加入等で「資格喪失証明書」が必要な方は〇を付けてください。⇒　必要

■健保記入欄

証回収	介護保険料	保険料納付方法	
回収・未回収	返還・徴収	月・半年・１年	

2023.11.15