

提出先：本人（被保険者）→事業主（HRSSC）

健康保険被扶養者（異動）届

事業主の証明欄

常務理

記入例

正

入社による申請の場合

- ・正/副とも 同じ内容をご記入ください。
- ・扶養家族として申請される方全員についてご記入ください。
- ・色のついている箇所のみご記入ください。

入社日を記入

健康保険被保険者記号	健康保険被保険者番号	被保険者の氏名		生年月日	性別	異動の別	資格取得年月日	標準報酬月額
10000	1234	(氏) ケンボ	(名) タロウ	昭和57年10月20日	男1	追加1	昭和57年10月20日	千円
		健保	太郎	令和9年10月20日	女2	削除2 (変更)	令和9年10月20日	
被保険者の住所		兵庫県神戸市中央区御幸通7-1-15			備考			

現住所を記入

入社日を記入

同居・別居どちらかに○

被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	被扶養者の職業	被扶養者の収入	被扶養者に なった日	被扶養者に なくなった日	個人番号 (マイナンバー) 12桁
(氏) 健保 (名) 花子	昭和57年10月20日	男1	妻	パート	1,000,000	令和9年10月20日	令和9年10月20日	入社 同 別
(フリガナ) ケンボ ハナコ	昭和57年10月20日	女2	29才					012345678901
(氏) 健保 (名) 一郎	昭和57年10月20日	男1	長男	無職	0	令和9年10月20日	令和9年10月20日	入社 同 別
(フリガナ) ケンボ イチロウ	昭和57年10月20日	男1	1才					012345678912
(氏)	(名)							別
(フリガナ)								※続柄確認済□
(氏)	(名)							別
(フリガナ)								※続柄確認済□
(氏)	(名)							別
(フリガナ)								※続柄確認済□

詳細な続柄を記入

×→「子」
○→「長男・二男・長女・二女」

専業主婦・未就学児・学生等として
何をしている分かれば可

12桁の個人番号(マイナンバー)を記入
※間違いのないように必ず確認してください

確認

事業主確認欄

事業主が確認した場合に
○で囲んでください。

収入に関する証明の添付が省略されている者は、所得税法上の
控除対象配偶者・扶養親族であることを確認しました。

令和 年 月 日 提出

提出先：本人（被保険者）→事業主（HRSSC）

健康保険被扶養者（異動）届

事業主の証明欄

常務理

記入例

正

追加する場合

- ・正/副とも 同じ内容をご記入ください。
- ・扶養家族として申請される方全員についてご記入ください。
- ・色のついている箇所のみご記入ください。不明な場合は空欄でも可。

被保険者（社員本人）の保険証に記載されている番号

被保険者（社員本人）の保険証に記載されている取得年月日

健康保険被保険者記号	健康保険被保険者番号	保険者の氏名		生年月日	性別	異動の別	資格取得年月日	標準報酬月額	
10000	1234	(氏) ケンボ	(名) タロウ	昭5 平7 令9 010203	男1	追加 1 削除 2 (変更)	昭 平 令 230401	千円	
被保険者の住所		兵庫県神戸市中央区御幸通7-1-15			備考		同居・別居のどちらかに○		

詳細な続柄を記入
×→「子」
○→「長男・二男・長女・二女 など」

現住所を記入

退職による申請の場合→「退職」など

同居・別居のどちらかに○

被扶養者の氏名	続柄	被扶養者の職業	被扶養者の収入	退職した日	なくなった日	同居別居	備考
(氏) 健保 (名) 花子	妻	パート	1,000,000	昭5 平7 令9 010501		結婚 同 別	※続柄確認済□
(フリガナ) ケンボ	ハナコ	女2	29才			012345678901	※続柄確認済□

子の出生の場合

結婚した日・退職した日など事由発生日を記入

12桁の個人番号（マイナンバー）を記入
※間違いのないように必ず確認してください※

同・別

(氏) 健保 (名) 一郎	長男			昭5 平7 令9 010901		出生 同 別	※続柄確認済□
(フリガナ) ケンボ	イチロウ	女2	0才			012345678912	※続柄確認済□
(氏) (名)	男1					同・別	※続柄確認済□
(フリガナ)	女2	才					

生年月日と同じ日付

出生の場合は、住民票取得時に
「個人番号記載」にチェック入れると、
個人番号が確認できます。

令和 年 月 日 提出

事業主確認欄

事業主が確認した場合に
○で囲んでください。

略されている者は、所得税法上の
被扶養者であることを確認しました。

提出先：本人（被保険者）→事業主（HRSSC）

健康保険被扶養者（異動）届

事業主の証明欄

常務理

記入例

正

削除する場合

- ・正/副とも 同じ内容をご記入ください。
- ・削除申請される方全員についてご記入ください。
- ・色のついている箇所のみご記入ください。不明な場合は空欄でも可。

被保険者（社員本人）の保険証に記載されている番号

被保険者（社員本人）の保険証に記載されている取得年月日

健康保険被保険者記号	健康保険被保険者番号	被保険者の氏名		生年月日	性別	異動の別	資格取得年月日	標準報酬月額
10000	1234	(氏) ケンポ	(名) タロウ	昭5 平7 令9 010203	男1 女2	追加1 削除2 (変更)	昭和 平成 令和 230401	千円
被保険者の住所		兵庫県神戸市中央区御幸通7-1-15			備考			

現住所を記入

父から母の扶養に変更する為に削除する場合→扶養異動等

詳細な続柄を記入
×→「子」
○→「長男・二男・長女・二女等」

就職先の資格取得日等

同居・別居のどちらかに○

被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	被扶養者の職業	収入	なった日	なくな	個人番号（マイナンバー）12桁	備考
(氏) 健保 (フリガナ) ケンポ	(名) 花子 (フリガナ) ハナコ	昭5 平7 令9 020304	男1 女2	妻 29才	会社員	2,000,000	令和 020401	就職	同・別 ※続柄確認済□
(氏)	(名)	年 月 日	才			年 月 日	年 月 日		別 ※続柄確認済□
(フリガナ)	(名)	年 月 日	才			年 月 日	年 月 日		同・別 ※続柄確認済□
(氏)	(名)	昭5 平7 令9 年 月 日	男1 女2			年 月 日	年 月 日		同・別 ※続柄確認済□
(フリガナ)	(名)	年 月 日	才			年 月 日	年 月 日		同・別 ※続柄確認済□

令和 年 月 日 提出

事業主確認欄

事業主が確認した場合に○で囲んでください。

確認

収入に関する証明の添付が省略されている者は、所得税法上の控除対象配偶者・扶養親族であることを確認しました。

提出先：本人（被保険者）→事業主（HRSSC）

健康保険被扶養者（異動）届

事業主の証明欄

常務理

記入例

正

再雇用による申請の場合

- ・正/副とも 同じ内容をご記入ください。
- ・扶養家族として申請される方全員についてご記入ください。
- ・色のついている箇所のみご記入ください。不明な場合は空欄でも可。

再雇用年月日(退職日の翌日)の日付

健康保険被保険者記号	健康保険被保険者番号	被保険者の氏名		生年月日	性別	異動の別	資格取得年月日	標準報酬月額	
10000		(氏) ケンボ	(名) タロウ	昭5 平7 令9 340401	男1	追加 1 削除 2 (変更)	昭和 平成 令和 010501	千円	
被保険者の住所		兵庫県神戸市中央区御幸通7-1-15			備考				

被扶養者の氏名		生年月日	性別	被扶養者の職業	被扶養者の収入	再雇用年月日(退職日の翌日)の日付	被扶養者追加理由 又は 削除理由	同居別居の別	備考
(氏) 健保	(名) 花子	昭5 平7 令9 330304	男1	妻 会社員	1,000,000	令和 010501	再雇用	同 別	※続柄確認済□
(フリガナ) ケンボ	(フリガナ) ハナコ		女2	59才					
(氏)	(名)		男1					別	※続柄確認済□
(フリガナ)	(フリガナ)		女2						
(氏)	(名)		男1					同・別	※続柄確認済□
(フリガナ)	(フリガナ)		女2						
(氏)	(名)		男1					同・別	※続柄確認済□
(フリガナ)	(フリガナ)		女2						

現住所を記入

再雇用年月日(退職日の翌日)の日付

詳細な続柄を記入
×→「子」
○→「長男・二男・長女・二女等」

同居・別居のどちらかに○

令和 年 月 日 提出

事業主確認欄

事業主が確認した場合に○で囲んでください。

確認

収入に関する証明の添付が省略されている者は、所得税法上の控除対象配偶者・扶養親族であることを確認しました。

提出先：本人（被保険者）→事業主（HRSSC）

健康保険被扶養者（異動）届

事業主の証明欄

常務理

記入例

正

氏名・生年月日の訂正

- ・正/副とも 同じ内容をご記入ください。
- ・訂正を申請される方全員についてご記入ください。
- ・色のついている箇所のみご記入ください。不明な場合は空欄でも可。

健康保険被保険者記号	健康保険被保険者番号	被保険者の氏名		生年月日	性別	異動の別	資格取得年月日	標準報酬月額
10000	1234	(氏) ケンポ	(名) タロウ	昭5 平7 令9 010203	男1 女2	追加1 削除2 (変更)	昭 平 令 230401	千円
被保険者の住所		兵庫県神戸市中央区御幸通7-1-15			備考			

被扶養者の氏名	生年月日	性別	現住所を記入		被扶養者の職業	被扶養者の収入	被扶養者になった日	被扶養者でなくなった日	被扶養者追加理由 又は 削除理由	同居別居の別	備考
			年令	妻							
訂正前 (氏) 健保 (フリガナ) ケンポ 華子 ハナコ	昭5 平7 令9 020403	男1 女2	妻 30才	訂正前の分は赤字で記入						同・別	※続柄確認済□
訂正後 (氏) 健保 (フリガナ) ケンポ 花子 ハナコ	昭5 平7 令9 020304	男1 女2	妻 30才							同・別	※続柄確認済□
(氏)		男1								同・別	※続柄確認済□
(フリガナ)		女2	才								
(氏)		男1								同・別	※続柄確認済□
(フリガナ)		女2	才								

令和 年 月 日 提出

事業主確認欄

事業主が確認した場合に
○で囲んでください。

確認

収入に関する証明の添付が省略されている者は、所得税法上の
控除対象配偶者・扶養親族であることを確認しました。