健康保険被扶養者（異動）届　（配偶者用）

《注意》　追加の場合の認定日は原則、健保書類受付日（事由発生日から５日以内に健保で書類を受付けた場合は、事由発生日）

【提出ルート】本人　→　事業所の健保担当窓口　→　健保
人事・総務など、工場は工場管理課（工場総務）

健保使用欄			
常務理事	事務長	係長	担当

扶養削除例 D:就職、または　収入増加よる社会保険加入

事業主記入欄

〒
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名　　印
電話番号

被保険者年間収入　　月額

千円 ＝ 千円 × 1.3×12ヶ月
被保険者年間収入 ＞ 配偶者年間収入 ＞ 130万
千円 × 0.5 ＜ 円 ＜ 180万

認定　／　否認定

社会保険労務士記載欄
氏名等　　印

保険証氏名の上に記載のある記号と番号を確認のうえ、正しく記入ください

A・被保険者

保険証記号	1×	番号	12×××
氏名（フリガナ）	ケンポ	タロウ	
氏名	健保	太朗	
住所	〒 446 — 0057 愛知 都道府県 ××市○○町△△丁目□番地		

生年月日：昭和／平成 5 年 2 月 03 日　性別：1. 男性　2. 女性
基礎年金番号：12××××××××××

年金手帳等を確認のうえ、正しく記入ください

配偶者を扶養にする場合は「追加」、扶養からはずす場合は「削除」を○で囲んでください。

B・配偶者欄

この届書記載のとおり届出します。
令和 6 年 5 月 10 日
（フリガナ）ケンポ　ハナコ
（氏名）健保　華子　　印
※届書の提出は配偶者（第２号被保険者）に委任します　☑

生年月日：昭和／平成 55 年 10 月 09 日　続柄：1. 夫　3. 夫（未届）　2. 妻　4. 妻（未届）
基礎年金番号：34××××××××××
外国籍：　外国人通称名（フリガナ）：

必ずチェックしてください

住所：同居／別居　〒 446 — 0057 愛知県××市○○町△△町□番地
電話番号：1. 自宅　2. 携帯　3. 勤務先　4. その他　090（1×××）2×××

追加
被扶養者になった日：9. 令和　　年　　月　　日
配偶者の加入制度：

●就職、または社会保険加入した場合･･･勤務先の新しい保険証に記載された「資格取得年月日」を記入

【注意事項】
扶養でなくなった日以降に医療機関で保険証を使用した場合、後日、医療費を請求する場合があります。

削除
被扶養者でなくなった日：※2 9. 令和 01 年 05 月 01 日
理由：1. 死亡（平成　年　月　日死亡）　2. 離婚　3. 収入増加　4. 就職　5. 障害認定　6. その他（　）

4. 就職に○をつけてください

※被扶養者でなくなった日の欄に記入した日付以降は、アイシン健保の資格がないため保険証は使用しないでください。
使用されると医療費を請求する場合があります。

削除に○をつけてください

保険証添付（削除の場合）

ここに、アイシン健保が発行した保険証を添付してください

また、新なお勤め先等で発行された保険証コピーを添付してください

ご記入・捺印のうえ提出ください。（必須）

配偶者の保険証を添付できない場合は、必ず滅失届を記入してください。

（必須）

滅失届

保険証を紛失し再三心当たりを探しましたが、
見当たらず深くお詫び申し上げます。
紛失した保険証を発見した場合は速やかに返却
致します。
なお、第三者等がその保険証を使用した際の医療費、その他の損害については、私が責任を
負うことを誓約致します。
年　月　日

被保険者氏名　　印

健康保険被扶養者（異動）届　（配偶者用）

《注意》　追加の場合の認定日は原則、健保書類受付日（事由発生日から５日以内に健保で書類を受付けた場合は、事由発生日）

【提出ルート】本人　→　事業所の健保担当窓口　→　健保
人事・総務など、工場は工場管理課（工場総務）

健保使用欄			
常務理事	事務長	係長	担当

被保険者年間収入　月額
千円 ＝ 千円 × 1.3×12ヶ月
被保険者年間収入 ＞ 配偶者年間収入 ＞ 130万
千円 × 0.5 ＜ 円 ＜ 180万

認定　否認定

社会保険労務士記載欄
氏名等　㊞

事業主記入欄

〒
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名　㊞
電話番号

扶養削除例 E:失業給付受給

A・被保険者

保険証記号	1×	番号	12×××
氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）	ケンポ	タロウ	
氏名	健保	太朗	
住所	〒 446 — 0057 愛知 都道府県 ××市○○町△△丁目□番地		

生年月日：昭和 5 年 2 月 03 日　性別：1. 男性　2. 女性
基礎年金番号：12××××××××××

保険証氏名の上に記載のある記号と番号を確認のうえ、正しく記入ください

年金手帳等を確認のうえ、正しく記入ください

配偶者を扶養にする場合は「追加」、扶養からはずす場合は「削除」を○で囲んでください。

B・配偶者欄

この届書記載のとおり届出します。
令和 6 年 5 月 10 日
（ﾌﾘｶﾞﾅ）ケンポ　ハナコ
（氏名）健保　華子　㊞
※届書の提出は配偶者（第２号被保険者）に委任します ☑

必ずチェックしてください

生年月日：昭和 5 年 5 月 10 日 09　続柄：1. 夫　3. 夫（未届）　2. 妻　4. 妻（未届）
基礎年金番号：34××××××××××
外国籍：　外国人通称名（ﾌﾘｶﾞﾅ）：

住所：同居 / 別居　〒 446 — 0057 愛知県××市○○町△△町□番地
電話番号：1. 自宅　2. 携帯　3. 勤務先　4. その他　090（1×××）2×××

追加
- 被扶養者になった日：9. 令和　年
- 配偶者の加入制度：

削除
- 被扶養者でなくなった日：※2 9. 令和 01 年 05 月 10 日
- 理由：1. 死亡（平成　年　月　日死亡）　2. 離婚　3. 収入増加　4. 就職　5. 障害認定　6. その他（失業給付受給のため）

●失業給付開始の場合･･･書類提出日を記入

【注意事項】
扶養でなくなった日以降に医療機関で保険証を使用した場合、後日、医療費を請求する場合があります。

※被扶養者でなくなった日の欄に記入した日付以降は、アイシン健保の資格がないため保険証は使用しないでください。
使用されると医療費を請求する場合があります。

削除に○をつけてください

6. その他に○を付け、理由を記入

保険証添付（削除の場合）

ここに、アイシン健保が発行した保険証を
添付してください

ハローワークで交付された
雇用保険受給資格者証両面コピーを添付してください

ご記入・捺印のうえ提出ください。（必須）

配偶者の保険証を添付できない場合は、
必ず滅失届を記入してください。

（必須）

滅失届

保険証を紛失し再三心当たりを探しましたが、
見当たらず深くお詫び申し上げます。
紛失した保険証を発見した場合は速やかに返却
致します。
なお、第三者等がその保険証を使用した際の医療費、その他の損害については、私が責任を
負うことを誓約致します。
年　月　日

被保険者氏名　㊞

健康保険被扶養者（異動）届　（配偶者用）

《注意》　追加の場合の認定日は原則、健保書類受付日（事由発生日から５日以内に健保で書類を受付けた場合は、事由発生日）

【提出ルート】本人　→　事業所の健保担当窓口　→　健保
人事・総務など、工場は工場管理課（工場総務）

健保使用欄			
常務理事	事務長	係長	担当

被保険者年間収入　月額

千円 ＝ 千円 × 1.3×12ヶ月

被保険者年間収入 ＞ 配偶者年間収入 ＞ 130万

千円 × 0.5 ＜ 円 ＜ 180万

認定　／　否認定

社会保険労務士記載欄
氏名等　㊞

事業主記入欄

〒

扶養削除例 F:例D･E以外

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名　㊞
電話番号

A・被保険者

保険証記号：1×　番号：12×××

保険証氏名の上に記載のある記号と番号を確認のうえ、正しく記入ください

氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ） ケンポ	タロウ
	健保	太朗

生年月日：昭和・平成　5 年 2 月 0 3 日　性別：1. 男性　2. 女性

基礎年金番号：1 2 × × × × × × × ×

年金手帳等を確認のうえ、正しく記入ください

住所：〒 446 ― 0057
愛知 都道府県　××市○○町△△丁目□番地

配偶者を扶養にする場合は「追加」、扶養からはずす場合は「削除」を○で囲んでください。

B・配偶者欄

この届書記載のとおり届出します。
令和 6 年 5 月 10 日

（ﾌﾘｶﾞﾅ）ケンポ　ハナコ
（氏名）健保　華子　㊞

※届書の提出は配偶者（第２号被保険者）に委任します ☑

必ずチェックしてください

生年月日：昭和・平成　5 年 5 月 10 日 09　続柄：1. 夫　3. 夫（未届）　2. 妻　4. 妻（未届）

基礎年金番号：3 4 × × × × × × × ×

外国籍：　外国人通称名（ﾌﾘｶﾞﾅ）：

住所：同居・別居　〒 446 ― 0057
愛知県××市○○町△△町□番地

電話番号：1. 自宅　2. 携帯　3. 勤務先　4. その他　090（1×××）2×××

追加
被扶養者になった日
配偶者の加入制度

●就職、または収入増加により社会保険に加入した場合･･･勤務先の新しい保険証に記載された「資格取得年月日」を記入
●収入が増加による国保加入の場合･･･書類提出日を記入　●離婚した場合･･･離婚日を記入
●失業給付開始の場合･･･書類提出日を記入　●その他･･･書類提出日を記入
【注意事項】
扶養でなくなった日以降に医療機関で保険証を使用した場合、後日、医療費を請求する場合があります。

削除
被扶養者でなくなった日：※2 9. 令和 3 年 1 月 0 4 月 × × 日
理由：1. 死亡（平成　年　月　日死亡）　2. 離婚　3. 収入増加　4. 就職　5. 障害認定　6. その他（　）

該当する番号に○をつけてください
6. その他の場合はカッコ内に理由を記入

※被扶養者でなくなった日の欄に記入した日付以降は、アイシン健保の資格がない
使用されると医療費を請求する場合があります。

削除に○をつけてください

保険証添付（削除の場合）

ここに、アイシン健保が発行した保険証を
添付してください

新なお勤め先等で発行される場合は、
保険証コピーを添付してください

失業給付受給の場合は、ハローワークで交付される
雇用保険受給資格者証両面コピーを添付してください

③ 新にお勤め先などで発行された保険証が

配偶者の保険証を添付できない場合は、
必ず滅失届を記入してください。

滅失届

保険証を紛失し再三心当たりを探しましたが、
見当たらず深くお詫び申し上げます。
紛失した保険証を発見した場合は速やかに返却
致します。
なお、第三者等がその保険証を使用した際の医療費、その他の損害については、私が責任を
負うことを誓約致します。

年　月　日

被保険者氏名　㊞

健康保険被扶養者（異動）届　（配偶者以外の家族用）

《注意》　追加の場合の認定日は原則、健保書類受付日（事由発生日から５日以内に健保で書類を受付けた場合は、事由発生日）
但し、理由が出生の場合は除く

【提出ルート】本人　→　事業所の健保担当窓口　→　健保
人事・総務など、工場は工場管理課（工場総務）

健保使用欄			
常務理事	事務長	係長	担当

扶養削除例 J:就職、または　収入増加による社会保険加入

事業主記入欄

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	㊞
電話番号	

千円 ＝ 千円 × 1.3 × 12
被保険者年間収入 ＞ 申請者収入 ＞130万円
× 0.5
千円 ＜ 円 ＜180万円
被保険者年間収入　家族年収　その他家族年収
＋ ＞
千円 円 円
家族数 人 ＜ その他家族人数 人

認定　否認定

社会保険労務士記載欄
氏名等　㊞

保険証氏名の上に記載のある記号と番号を確認のうえ、正しく記入ください

被保険者

保険証記号	2×		番号	25×××														
氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	ｹﾝﾎﾟ		ﾀﾛｳ														
	健保			太郎														
生年月日	昭和 平成	5	2	年	0	3	月	2	1	日	性別	1. 男性	2. 女性					
住所	〒 446 — 0057																	
	愛知 都道府県	××市○○町△△丁目□番地																

扶養にする場合は「追加」、扶養からはずす場合は「削除」を○で囲んでください。

※1　続柄は省略せずに正確に記入してください。《例》長男・二男・養子・母・義父　等（「子」は不可）

その他の被扶養者欄

フリガナ	ｹﾝﾎﾟ	ﾅｵｺ	性別	続柄※1	生年月日	同居・別居
氏名	健保	直子	1. 男性　2. 女性	二女	昭和 平成 令和 01年06月25日	同居 ・ 別居

削除に○をつけてください

就職にチェックしてください

削除	被扶養者でなくなった日	※2 9. 令和	0	5	年	0	6	月	0	1	日	理由	☐ 出生	☐ 養子縁組	☐ 扶養異動	☐ 退職	☐ 失業給付受給終了	
													☐ 収入	☑ 就職	☐ 離婚	☐ 扶養異動	☐ 収入増加	☐ 失業給付受給
													☐ 別居	☐ 死亡（死亡日　月　日）		☐ 後期高齢者（障害認定日　月　日）		☐ その他（理由：　）

フリガナ		性別	続柄※1	生年月日	同居・別居
氏名				昭和 平成 年 月 日	同居 ・ 別居
追加	被扶養者でなくなった日				☐ 退職	☐ 失業給付受給終了
					入社	☐ その他（理由：
削除	被扶養者でなくなった日 9. 令和			理由	☐ 収入増加	☐ 失業給付受給
					☐ 別居	☐ 死亡（死亡日　月　日）	☐ 後期高齢者（障害認定日　月　日）	☐ その他（理由：　）

●就職、または収入増加による社会保険加入の場合･･･勤務先の新しい保険証に記載された「資格取得年月日」を記入

【注意事項】
扶養でなくなった日以降に医療機関で保険証を使用した場合、後日、医療費を請求する場合があります。

※2　被扶養者でなくなった日の欄に記入した日付以降は、アイシン健保の資格がないため保険証は使用しないでください。
使用されると医療費を請求する場合があります。

保険証添付（削除の場合）

ここに、アイシン健保が発行した保険証を添付してください

また、新なお勤め先等で発行された保険証コピーを添付してください

添付できない場合は、右記の滅失届を
ご記入・捺印のうえ提出ください。（必須）

扶養削除する方の保険証を添付できない場合は、必ず滅失届を記入してください。

（必須）

滅失届

保険証を紛失し再三心当たりを探しましたが、見当たらず深くお詫び申し上げます。
紛失した保険証を発見した場合は速やかに返却致します。
なお、第三者等がその保険証を使用した際の医療費、その他の損害については、私が責任を負うことを誓約致します。

年　月　日

被保険者氏名　㊞

健康保険被扶養者（異動）届　（配偶者以外の家族用）

《注意》　追加の場合の認定日は原則、健保書類受付日（事由発生日から５日以内に健保で書類を受付けた場合は、事由発生日）
但し、理由が出生の場合は除く

【提出ルート】本人　→　事業所の健保担当窓口　→　健保
人事・総務など、工場は工場管理課（工場総務）

健保使用欄			
常務理事	事務長	係長	担当

被保険者年間収入　月額 ＝ 千円 × 1.3 × 12 千円
被保険者年間収入 ＞ 申請者収入 ＞130万円
被保険者年間収入 × 0.5 千円 ＜ 円 ＜180万円
被保険者年間収入 ＋ 家族年収 千円 ＞ その他家族年収 円
家族数 人 ＜ その他家族人数 人

認　定　／　否　認　定

社会保険労務士記載欄
氏　名　等　㊞

事業主記入欄

事業所所在地　〒

扶養削除例 K:別居

事業所名称

事業主氏名　㊞

電話番号

保険証氏名の上に記載のある記号と番号を確認のうえ、正しく記入ください

被保険者

保険証記号	2×	番号	25×××
氏名（フリガナ）	ケンポ　タロウ		
氏名	健保　太郎 ㊞(係保)	生年月日	昭和 5年2月03日
性別	1. 男性　2. 女性		
住所	〒 446 — 0057		
	愛知 都道府県　××市○○町△△丁目□番地		

扶養にする場合は「追加」、扶養からはずす場合は「削除」を○で囲んでください。

※1　続柄は省略せずに正確に記入してください。《例》長男・二男・養子・母・義父　等（「子」は不可）

その他の被扶養者欄

	フリガナ	氏名	性別	続柄※1	生年月日	同居・別居	理由
	ケンポ	健保	1. 男性　2. 女性	父	昭和 23年09月21日	同居　別居	
（追加）							□出生　□養子縁組　□扶養異動　□退職　□失業給付受給終了　□収入減少　□その他（理由：　）
削除	被扶養者でなくなった日	※2 9. 令和 06年06月01日					□就職　□離婚　□扶養異動　□収入増加　□失業給付受給　□別居　□死亡（死亡日　月　日）　□後期高齢者（障害認定日　月　日）　□その他（理由：　）
フリガナ							
氏名			性別	続柄※1	生年月日	同居・別居	
（追加）	被扶養者になった日	7. 平成　年　月　日					□失業給付受給終了　他（理由：
削除	被扶養者でなくなった日	※2 7. 平成　年　月　日					□就職　□離婚　□扶養異動　□収入増加　□失業給付受給　□別居　□死亡（死亡日　月　日）　□後期高齢者（障害認定日　月　日）　□その他（理由：　）

削除に○をつけてください

別居にチェックしてください

●別居した場合･･･別居して扶養しなくなった日を記入

【注意事項】
扶養でなくなった日以降に医療機関で保険証を使用した場合、後日、医療費を請求する場合があります。

※2　被扶養者でなくなった日の欄に記入した日付以降は、アイシン健保の資格がないため保険証は使用しないでください。
使用されると医療費を請求する場合があります。

保険証添付（削除の場合）

①　扶養から削除する方の保険証（アイシン

ここに、アイシン健保が発行した保険証を添付してください

また、新なお勤め先等で発行された保険証がある場合は、そのコピーを添付してください

ご記入・捺印のうえ提出ください。（必須）

扶養削除する方の保険証を添付できない場合は、必ず滅失届を記入してください。

（必須）

滅失届

保険証を紛失し再三心当たりを探しましたが、見当たらず深くお詫び申し上げます。
紛失した保険証を発見した場合は速やかに返却致します。
なお、第三者等がその保険証を使用した際の医療費、その他の損害については、私が責任を負うことを誓約致します。

年　月　日

被保険者氏名　㊞

健康保険被扶養者（異動）届　（配偶者以外の家族用）

《注意》　追加の場合の認定日は原則、健保書類受付日（事由発生日から５日以内に健保で書類を受付けた場合は、事由発生日）
但し、理由が出生の場合は除く

【提出ルート】本人　→　事業所の健保担当窓口　→　健保
人事・総務など、工場は工場管理課（工場総務）

健保使用欄			
常務理事	事務長	係長	担当

被保険者年間収入　月額　＝　千円　×　1.3　×　12　千円
被保険者年間収入　＞　申請者収入　＞130万円
千円　×　0.5　＜　円　＜180万円
被保険者年間収入　＋　家族年収　＞　その他家族年収
千円　円　円
家族数　人　＜　その他家族人数　人

認定　否認定

社会保険労務士記載欄
氏名等　㊞

事業主記入欄

事業所所在地　〒
扶養削除例 L：例J・K以外
事業所名称
事業主氏名　㊞
電話番号

A・被保険者

保険証記号	2×	番号	25×××
氏名（フリガナ）	ケンポ　タロウ	生年月日	昭和 5年2月03日
氏名	健保　太朗 ㊞	性別	1. 男性　2. 女性
住所	〒 446 — 0057 愛知 都道府県 ××市○○町△△丁目□番地		

保険証氏名の上に記載のある記号と番号を確認のうえ、正しく記入ください

扶養にする場合は「追加」、扶養からはずす場合は「削除」を○で囲んでください。

※1　続柄は省略せずに正確に記入してください。《例》長男・二男・養子・母・義父　等（「子」は不可）

C・その他の被扶養者欄

フリガナ	ケンポ	ナオコ	性別	続柄※1	生年月日	同居・別居
氏名	健保	直子	1. 男性　2. 女性	二女	昭和 平成 令和 01年06月25日	同居　別居

削除に○をつけてください

該当する項目にチェックしてください

理由	☐出生	☐養子縁組	☐扶養異動	☐退職	☐失業給付受給終了
	☐収入減少				☐その他（理由：　）
削除 被扶養者でなくなった日	※2 9. 令和 06年06月××日	理由	☐就職	☐離婚	☐扶養異動	☐収入増加	☐失業給付受給
			☐別居	☐死亡（死亡日　月　日）	☐後期高齢者（障害認定日　月　日）	☐その他（理由：　）

フリガナ					
氏名					
追加 被扶養者になった日					
削除 被扶養者でなくなった日					

●就職、または収入増加による社会保険加入の場合・・・勤務先の新しい保険証に記載のある「資格取得年月日」を記入
●収入増加による国保加入の場合・・・書類提出日を記入
●離婚した場合・・・離婚日を記入　●扶養異動した場合…扶養異動先、加入健康保険の「資格取得日」を記入
●失業給付開始の場合・・・書類提出日を記入
●その他・・・書類提出日を記入
【注意事項】
扶養でなくなった日以降に医療機関で保険証を使用した場合、
後日、医療費を請求する場合があります。

※2　被扶養者でなくなった日の欄に記入した日付以降は、アイシン健保の資格がないため保険証は使用しないでください。
使用されると医療費を請求する場合があります。

保険証添付（削除の場合）

ここに、アイシン健保が発行した保険証を
添付してください

新なお勤め先等で発行される場合は、
保険証コピーを添付してください

失業給付受給の場合は、ハローワークで交付される
雇用保険受給資格者証両面コピーを添付してください

③　新にお勤め先などで発行された保険証が

扶養削除する方の保険証を添付できない
場合は、必ず滅失届を記入してください。

滅失届

保険証を紛失し再三心当たりを探しましたが、見当たらず深くお詫び申し上げます。
紛失した保険証を発見した場合は速やかに返却致します。
なお、第三者等がその保険証を使用した際の医療費、その他の損害については、私が責任を負うことを誓約致します。

年　月　日

被保険者氏名　㊞