

記入例

- 被保険者情報欄**
被保険者の記号と番号をご記入ください。
※「マイナンバー」や「資格情報のお知らせ」等
でご確認ください。
被保険者の氏名、フリガナ、生年月日、性別、
郵便番号、住所、所属をご記入ください。
- 被扶養者情報欄**
手続き内容をご記入ください。
手続きされる方の氏名、フリガナ、生年月日、性別
をご記入ください。
- 扶養の追加欄**
追加されます扶養者の情報をご記入ください。
※マイナンバーは所得税の扶養者控除を受けている
場合は記入不要です。
※住所は被保険者と同居の場合は記入不要です。
- 提出日、被保険者氏名、所属長氏名を記入、押印し
てください。

※添付書類

健康保険被扶養者(異動)届に加えて、被扶養者認定
に必要な書類を添付してください。詳細は当健康保
険組合ホームページをご覧ください。

東武鉄道健康保険組合

常務理事	事務長	課長補佐	主 任	担当者

申請部

管理課長	課長補佐	主 任	担当者

健康保険被扶養者(異動)届

この届出書は、5日以内に所属管理課を経由して組合へ提出してください。
結婚や出産等により被扶養者を追加する場合や、就職等により被扶養者でなくなる場合にご使用ください。また、被扶養者の資格延長をする場合に
ご使用ください。

被 保 険 者 情 報	1 記号・番号	記号	番号	生年月日						
	1 0 1	1 2 3 4 5	1 昭和 2 平成 3 令和	5 5 年 1 2 月 0 1 日						
	氏 名	フリガナ トウゴウ タロウ 東武 太郎	性 別	1 1 男 2 2 女	所 属	健保駅				
	住 所	〒 131 - 0033 都 道 東京 墨田区向島〇-〇〇-〇								
被 扶 養 者 情 報	2 き内容を ご記入ください	1 扶養の追加 2 扶養の解除 3 扶養の資格延長	被 扶 養 者	氏 名	フリガナ トウゴウ ヤスコ 東武 保子	生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和	5 5 年 1 2 月 3 1 日	性 別	1 1 男 2 2 女
	扶 養 の 追 加	1 妻 5 長女 9 父・母 2 長男 6 二女 10 その他 3 二男 7 三女 4 三男 8 養子・養女 ()	職 業	1 無職 2 パート・アルバイト 3 年金受給者 4 中学生以下 5 高・大学生 6 その他 ()	収入(年間)	1 収入なし 2 130万円未満 3 130～180万円未満 4 180万円以上	被保険者との世帯別	1 同居 2 別居	仕送り額(2の場合記入)	〇 〇 〇 万円
	被扶養者になった日	令和 〇 8 年 〇 4 月 〇 1 日	被扶養者になった理由	1 出生 2 結婚 3 離職 4 所得限度内 5 その他 ()	マイナンバー(所得税の扶養者控除を受けている場合は未記入)					
	住所(被保険者と同居の場合は記入不要です)	〒 - 都 道 府 県								
	備 考									
扶 養 の 解 除	被扶養者でなくなった日	令和 年 月 日	被扶養者でなくなった理由	1 就職 2 収入増加 3 死亡 4 離婚 5 扶養変更 6 後期高齢者該当 7 その他 ()						
扶 養 の 延 長	被扶養者を資格延長する日	令和 年 月 日	学校名および学年							
			学 校 所 在 地							

4 和 8 年 4 月 12 日 提出

上記記載内容が事実であることを証明します。

被保険者氏名 東武 太郎

所属長氏名 業平 鉄道



健保受付印

東武鉄道健康保険組合 理事長 殿

記入例

- 被保険者情報欄**
「資格情報のお知らせ」等に記載されている記号と番号をご記入ください。
被保険者の氏名、フリガナ、生年月日、性別、郵便番号、住所、所属をご記入ください。
- 被扶養者情報欄**
手続き内容をご記入ください。
手続きされる方の氏名、フリガナ、生年月日、性別をご記入ください。
- 扶養の解除欄**
扶養者でなくなった日をご記入ください。
※新たに加入された健保の資格取得年月日と扶養者でなくなった理由をご記入ください。
- 提出日、被保険者氏名、所属長氏名を記入、押印してください。

※添付書類

新たに加入された健保の「資格情報のお知らせ」のコピー（異動届提出時にお手元にある場合）

東武鉄道健康保険組合

常務理事	事務長	課長補佐	主 任	担当者

申請部

管理課長	課長補佐	主 任	担当者

健康保険被扶養者(異動)届

この届出書は、5日以内に所属管理課を経由して組合へ提出してください。
結婚や出産等により被扶養者を追加する場合や、就職等により被扶養者でなくなる場合にご使用ください。また、被扶養者の資格延長をする場合にご使用ください。

被 保 険 者 情 報	1 記号・番号	記号	番号	生年月日
	1 0 1	1 2 3 4 5	1 昭和 2 平成 3 令和	5 5 年 1 2 月 0 1 日
	氏 名	フリガナ トウワ 太郎	性 別	1 男 2 女
	住 所	〒 131 - 0033 都 道 府 県 東京 墨田区向島〇-〇〇-〇	所 属	健保駅
被 扶 養 者 情 報	2 き内容を ご記入ください	2	1 扶養の追加 2 扶養の解除 3 扶養の資格延長	
	被 扶 養 者	フリガナ トウワ ヤスコ 氏 名 東武 保子	生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和
扶 養 の 追 加	続柄	1 妻 2 長男 3 二男 4 三男 5 長女 6 二女 7 三女 8 養子・養女 9 父・母 10 その他	職業	1 無職 2 パート・アルバイト 3 年金受給者 4 中学生以下 5 高・大学生 6 その他
	収入(年間)	1 収入なし 2 130万円未満 3 130～180未満 4 180万円以上	被保険者との世帯別	1 同居 2 別居
	仕送り額(2の場合記入)			
	被扶養者になった日	令和 年 月 日	被扶養者になった理由	1 出生 2 結婚 3 離職 4 所得限度内 5 その他
扶 養 の 解 除	3 扶養者でなくなった日	令和 0 8 年 0 4 月 0 1 日	被扶養者でなくなった理由	1 就職 2 収入増加 3 死亡 4 離婚 5 扶養変更 6 後期高齢者該当 7 その他
	扶養の延長	被扶養者を資格延長する日	令和 年 月 日	学校名および学年
			学校所在地	

4 和 8 年 4 月 12 日 提出

上記記載内容が事実であることを証明します。

被保険者氏名 東武 太郎

所属長氏名 業平 鉄道

健保受付印

東武鉄道健康保険組合 理事長 殿

記入例

- 被保険者情報欄**
「資格情報のお知らせ」等に記載されている記号と番号をご記入ください。
被保険者の氏名、フリガナ、生年月日、性別、郵便番号、住所、所属をご記入ください。
- 被扶養者情報欄**
手続き内容をご記入ください。
手続きされる方の氏名、フリガナ、生年月日、性別をご記入ください。
- 扶養の延長欄**
扶養者を資格延長する日をご記入ください。
学校名および学年、学校所在地をご記入ください。
- 提出日、被保険者氏名、所属長氏名を記入、押印してください。

※添付書類

入学された大学・専門学校等の「学生証」または「在学証明書」のコピー

東武鉄道健康保険組合

常務理事	事務長	課長補佐	主 任	担当者

申請部

管理課長	課長補佐	主 任	担当者

健康保険被扶養者(異動)届

この届出書は、5日以内に所属管理課を経由して組合へ提出してください。
結婚や出産等により被扶養者を追加する場合や、就職等により被扶養者でなくなる場合にご使用ください。また、被扶養者の資格延長をする場合にご使用ください。

被 保 険 者 情 報	1 記号・番号	記号	番号	生年月日
	氏 名	フリガナ	性 別	所 属
	住 所	〒	都 道 府 県	
被 扶 養 者 情 報	2 き内容をご記入ください	3	1 扶養の追加 2 扶養の解除 3 扶養の資格延長	生年月日
	被 扶 養 者	フリガナ	性 別	
	扶 養 の 追 加	続 柄	収入(年間)	被保険者との世帯別
扶 養 の 解 除	被扶養者になった日	被扶養者になった理由	マイナンバー(所得税の扶養者控除を受けている場合は未記入)	仕送り額(2の場合記入)
	被扶養者でなくなった日	被扶養者でなくなった理由	備 考	
	扶 養 の 延 長	3 資格を延長する日	学校名および学年	学校所在地

4 和 8 年 4 月 12 日 提出

上記記載内容が事実であることを証明します。

被保険者氏名 東武 太郎

所属長氏名 業平 鉄道



健康受付印

東武鉄道健康保険組合 理事長 殿