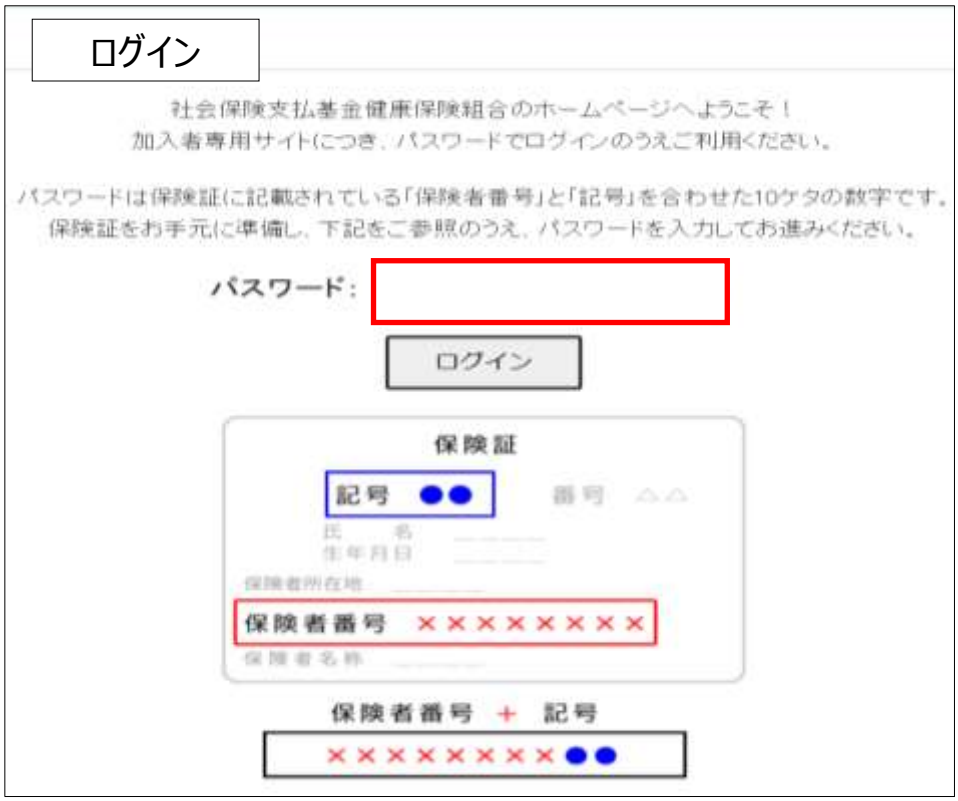
6 健康保険被扶養者（異動）届

作業手順

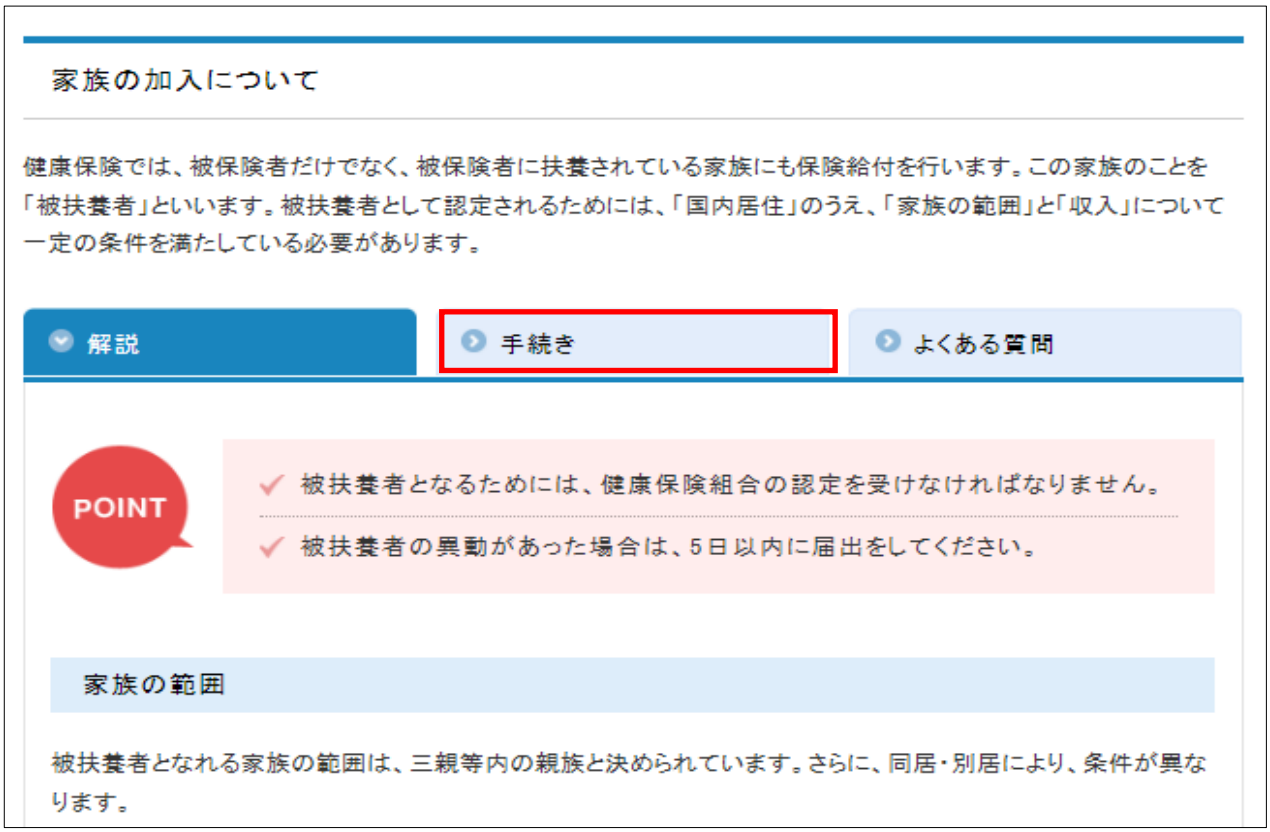
1 基金健保ホームページのホーム画面で①～④のどれかをクリックします。

2 （①～④共通）[ログイン]画面に遷移します。パスワードを入力します。



3　ホーム画面[①健保のしくみ]から[健保のしくみ]画面に遷移します。[家族の加入について]をクリックします。

4　[家族の加入について]画面に遷移します。[手続き]タブをクリックします。　⇒手順6へ



5　ホーム画面[②各種手続き]から[各種手続き]画面に遷移します。[保険証に関する手続き]まで
スクロールして[家族の加入について]をクリックします。

6　[家族の加入について]画面の[手続き]タブから[フォームに入力して申請する]をクリックします。
※　ホーム画面[④家族の加入]からも[家族の加入について]画面に遷移します。

⇒手順8へ

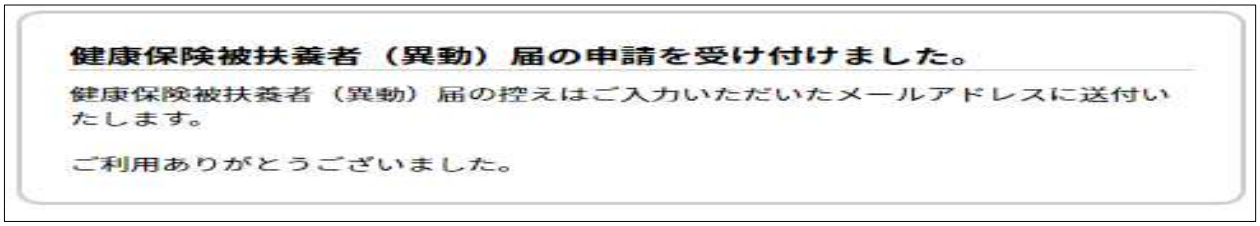
7　ホーム画面[③申請書一覧]から[申請書一覧]画面に遷移します。[健康保険被扶養者(異動)届]の[フォームに入力して申請する]をクリックします。

8　[申請フォーム]画面に遷移します。必要事項を入力し、[記入した書類を確認する]をクリックして入力内容を確認してください。

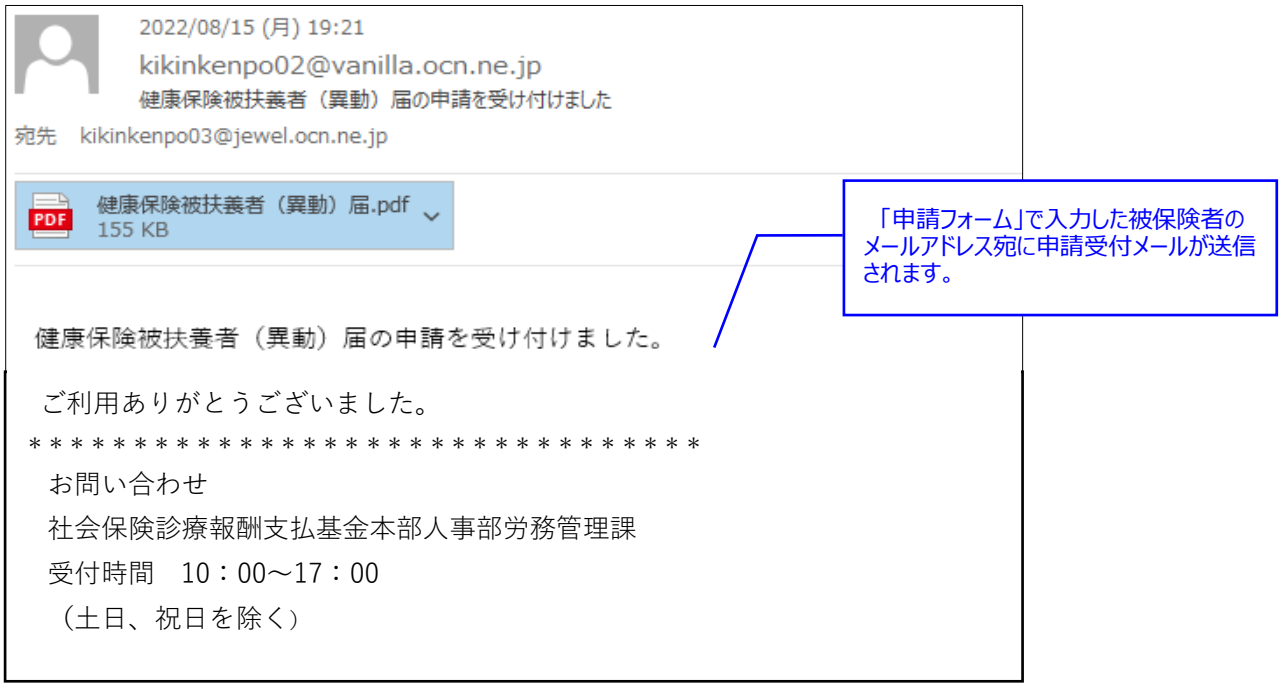
被扶養者の報告
この入力フォームで、最大5人分の申請を入力することができます
異動前の被扶養者数
1
名
異動後の被扶養者数
2
名
1人目の被扶養者を入力する（チェックしてください）
氏名
健保
太郎
フリガナ
ケンポ
タロウ
生年月日
令和
4
年
9
月
10
日
続柄
長男
性別
男性
職業
無職
年間収入の見込み
0
円
同居形態
1同居
開始・終了の別
開始
扶養開始または終了の年月日
令和
4
年
9
月
10
日
扶養開始または終了の理由
出生による
添付書類
ファイルの選択
ファイルが選択されていません
2人目の被扶養者を入力する（チェックしてください）
3人目の被扶養者を入力する（チェックしてください）
4人目の被扶養者を入力する（チェックしてください）
5人目の被扶養者を入力する（チェックしてください）
最大5人分まで入力できます。
配偶者
配偶者区分
1基金健保被保険者
氏名
健保　花子
所属支部
48：社会保険診療報酬支払基金本部
被保険者証の送付先
この届に基づく被扶養者に係る被保険者証は、被保険者に直接交付（郵送）します。
なお、当該被扶養者への送付を希望する場合は、希望送付先とその理由を記載してください。
当該被扶養者への送付を希望する
健保に連絡することがある場合に使用してください。
本人補足
備考
要件の確認
以下を必ず確認いただき、確認欄にチェックをいれてください。
1.申請者本人（被保険者）が作成したものである。
2.記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
確認欄
上記項目に相違ありません
入力必須項目に不備がある場合、その項目が赤字で表示されます。
※　入力必須項目
・ 被保険者（記号、 番号、氏名、生年月日、性別、メールアドレス、所属支部）
・ 被扶養者（異動前後の被扶養者数、1人目の被扶養者の情報）
・ 配偶者の情報、要件の確認
下のボタンを押して、入力内容をご確認ください。
記入した書類を確認する

9　前8で確認した入力内容により送信する場合は[確認した内容で送信する]をクリックします。
また、内容を修正する場合には[内容を修正する]をクリックして、赤字で表示されている項目について修正してください。

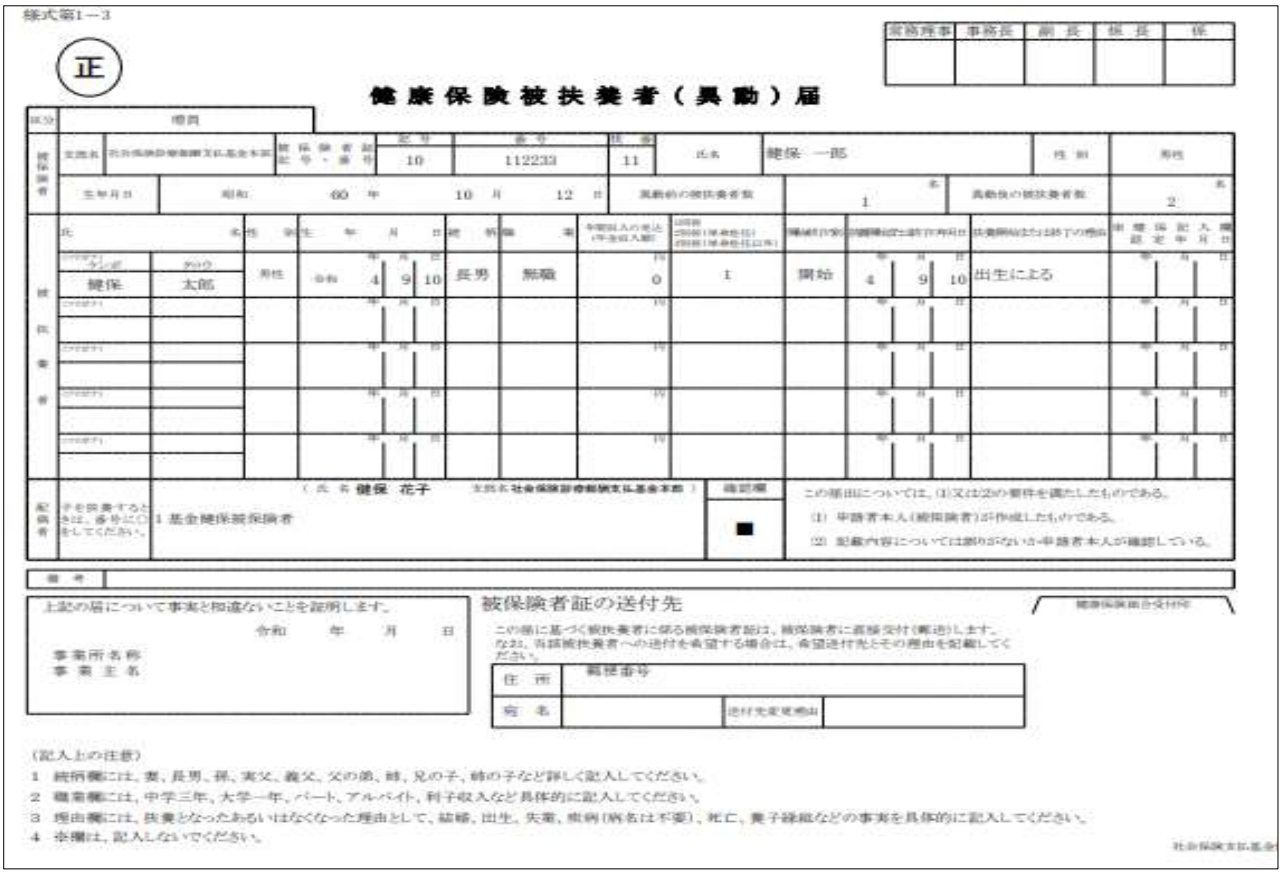
10「健康保険被扶養者（異動）届」の申請受付メッセージが表示されます。



11「健康保険限度額適用認定申請」の申請受付メール（イメージ）



12　申請受付メールに添付される「健康保険被扶養者（異動）届」（イメージ）



様式第1－3

正

常務理事	事務長	副長	係長	係

健康保険被扶養者（異動）届

区分	増員

被保険者										
支部名	社会保険診療報酬支払基金本部	被保険者証記号・番号	記号 10	番号 112233	枝番 11	氏名	健保　一郎	性別	男性	
生年月日	昭和 60 年 10 月 12 日	異動前の被扶養者数	1 名	異動後の被扶養者数	2 名					

被扶養者	氏名		性別	生年月日	続柄	職業	年間収入の見込み（年金収入額）	認定日（単身住任）認定日（単身住任以外）	職業終了年月日	認定年月日	扶養開始または終了の理由	申請保証記入欄 認定年月日
	ケンポ	タロウ										
	健保	太郎	男性	令和 4 年 9 月 10 日	長男	無職	0 円	1	開始	4 年 9 月 10 日	出生による	年 月 日
				年 月 日			円			年 月 日		年 月 日
				年 月 日			円			年 月 日		年 月 日
				年 月 日			円			年 月 日		年 月 日
				年 月 日			円			年 月 日		年 月 日

配偶者	子を扶養するときは、番号に○をしてください。	（氏名 健保　花子　支部名 社会保険診療報酬支払基金本部） 1 基金健保被保険者	確認欄 ■	この届出については、(1)又は(2)の要件を満たしたものである。 (1) 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 (2) 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

備考

上記の届について事実と相違ないことを証明します。

令和　年　月　日

事業所名称
事業主名

被保険者証の送付先

健康保険組合受付印

この届に基づく被扶養者に係る被保険者証は、被保険者に直接受付（郵送）します。
なお、当該被扶養者への送付を希望する場合は、希望送付先とその理由を記載してください。

住所	郵便番号		
宛名		送付先変更理由	

（記入上の注意）

1　続柄欄には、妻、長男、孫、実父、義父、父の弟、姉、兄の子、姉の子など詳しく記入してください。
2　職業欄には、中学三年、大学一年、パート、アルバイト、利子収入など具体的に記入してください。
3　理由欄には、扶養となったあるいはなくなった理由として、結婚、出生、失業、疾病（病名は不要）、死亡、養子縁組などの事実を具体的に記入してください。
4　赤欄は、記入しないでください。

社会保険支払基金