

健康保険被扶養者(異動)届

令和 年 月 日 提出

事業主記入欄	事業所所在地	常務理事	受付年月日
	事業所名称 事業主名 電話番号		
<input type="checkbox"/> 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。		社会保険労務士記入欄	

被保険者欄	被保険者等記号	会社	事業地
	番号	部署	
氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	性別 男・女 生年月日 昭平 年 月 日
住所	〒 -		

被扶養者になった場合は「該当」、被扶養者でなくなった場合は「非該当」を○で囲んでください。

被扶養者欄1	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	個人番号	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要
	住所	〒 -	1.同居 2.別居	海外居住者又は海外から国内に転入した場合は右欄を記入してください。	海外特例要件 理由	1.留学 3.特定活動 5.その他() 2.同行家族 4.海外婚姻等
	該当	被扶養者になった日	令和	職業	1.無職 4.小・中学生以下 2.パート 5.高・大学生(年生) 3.年金受給者 6.その他()	収入 月 年 円 理由 1.出生 4.同居 2.離婚 5.その他() 3.収入減
	非該当	被扶養者でなくなった日	令和	理由	1.死亡 4.後期高齢者 2.就職 5.その他() 3.収入増加	備考

被扶養者欄1	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	個人番号	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要
	住所	〒 -	1.同居 2.別居	海外居住者又は海外から国内に転入した場合は右欄を記入してください。	海外特例要件 理由	1.留学 3.特定活動 5.その他() 2.同行家族 4.海外婚姻等
	該当	被扶養者になった日	令和	職業	1.無職 4.小・中学生以下 2.パート 5.高・大学生(年生) 3.年金受給者 6.その他()	収入 月 年 円 理由 1.出生 4.同居 2.離婚 5.その他() 3.収入減
	非該当	被扶養者でなくなった日	令和	理由	1.死亡 4.後期高齢者 2.就職 5.その他() 3.収入増加	備考

被扶養者欄1	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	個人番号	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要
	住所	〒 -	1.同居 2.別居	海外居住者又は海外から国内に転入した場合は右欄を記入してください。	海外特例要件 理由	1.留学 3.特定活動 5.その他() 2.同行家族 4.海外婚姻等
	該当	被扶養者になった日	令和	職業	1.無職 4.小・中学生以下 2.パート 5.高・大学生(年生) 3.年金受給者 6.その他()	収入 月 年 円 理由 1.出生 4.同居 2.離婚 5.その他() 3.収入減
	非該当	被扶養者でなくなった日	令和	理由	1.死亡 4.後期高齢者 2.就職 5.その他() 3.収入増加	備考

※被扶養者の「該当」と「非該当」は同時に提出できません。「該当」、「非該当」はそれぞれ別の用紙で提出してください。
 扶養に関する申立書(添付書類の内容について補足する事項がある場合に記入してください)

上記の記入事項は事実に相違ありません。

被保険者氏名 _____ 印

・被保険者等記号・番 : 資格取得時に払い出された被保険者等記号・番号をご記入ください。

被保険者資格取得届と同時に提出する場合は記入不要です。

・氏名 : 氏名は住民票に登録されているものと同じ氏名を記入してください。
・生年月日 : 年号は該当するものを○で囲んでください。
・性別 : 該当するものを○で囲んでください。
・住所 : 住民票の住所をご記入ください。

○被扶養者欄

・氏名 : 氏名は住民票に登録されているものと同じ氏名を記入してください。
・続柄 : 被保険者との続柄を「夫」、「妻」、「長男」、「長女」、「父」、「母」等と記入してください。
・個人番号 : 本人確認を行ったうえで、個人番号をご記入ください。
・資格確認書の発行要 : 資格確認書の発行が必要な場合(※)は、「発行が必要」の口に✓を付してください。
削除の場合は記入不要です。
※発行は以下に該当する場合に限ります。
・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、
利用登録解除者
・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者
・住所 : 被保険者と同居または別居のいずれかを○で囲み、同居の場合は住所記入は不要です。
別居の場合は、住所欄に住民票の住所を、「備考欄」に居所をご記入ください。
住民票住所と居所が同じ場合は居所の記入は不要です。
なお、海外居住者については、国内における協力者住所(親族、被保険者の勤務先等)を方書きも含めて
ご記入の上、「備考」欄に海外居住先の住所及び国内協力者が親族の場合は氏名及び続柄をご記入
ください。
・被扶養者になった日 : 被保険者の健康保険加入と同時に提出する場合は「取得年月日」と同日、それ以外の場合は出生
年月日等の実際に被扶養者になった日をご記入ください。
・年収 : 今後1年間の年間収入見込額をご記入ください。収入には、非課税対象のもの(障害・遺族年金、
失業給付等)も含まれます。
非課税対象の収入がある場合は、受取金額が確認できる書類のコピーを添付の上、「備考」欄に具体的な
内容をご記入ください。
・理由 : 被扶養者となった理由を○で囲んでください。ただし、『被保険者資格取得届』と同時に提出する場合は
記入不要です。
・被扶養者でなくなった : 死亡による場合は死亡日の翌日を、それ以外の場合は非該当になった当日の日付をご記入ください。
・海外特例要件 : 海外特例要件該当・非該当のいずれかを○で囲み、理由をご記入ください。海外特例要件非該当で
国内転入の場合は転入した日をご記入ください。

<添付書類>

○被扶養者認定時

- ・ **必ず添付が必要**
 - ・住民票 (世帯と続柄を確認します)
 - ・個人番号カードまたは個人番号通知カードの写し (個人番号を確認します)
- ・ **18歳以上の方は必ず必要**
 - ・所得証明書・課税証明書(給与収入およびそれ以外の継続収入の有無を確認します)
- ・ その他必要書類は「健康保険被扶養者認定確認書」をご確認ください

丸 被扶養者削除時

対象の方のみご返却をお願いします

- ・2024年12月までに発行された当組合の保険証
- ・資格確認書(有効期限到達済のものも含む)