

常務理事	事務長		主任	担当者

## 健康保険被扶養者（異動）届

被保険者欄	被保険者記号		被保険者番号		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日		
	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)		取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	年収 万円	
	住民票住所	〒 -									
	現住所	住民票と同じ <input type="checkbox"/> (住民票と同一の場合☑)									
					備考						

■被保険者の配偶者が当健保の被扶養者ではなく、お子様のみ加入される場合は、記入してください  
 ■配偶者年収見込 万円 ※夫婦共同該当の場合、夫婦双方の年収を比較します

被扶養者欄 1	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
	住民票住所	被保険者と同一 <input type="checkbox"/> (被保険者ト同一の場合☑)		〒 -	個人番号						
	現住所	1.同居 <input type="checkbox"/> 2.別居 <input type="checkbox"/>		〒 -	続柄	職業	年収		※資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> マイナ保険証を保有していないので、発行が必要		
	被扶養者になった日	9.令和	年	月	日	被扶養者でなくなった日	9.令和	年	月	日	被扶養者申請理由

被扶養者欄 2	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
	住民票住所	被保険者と同一 <input type="checkbox"/> (被保険者ト同一の場合☑)		〒 -	個人番号						
	現住所	1.同居 <input type="checkbox"/> 2.別居 <input type="checkbox"/>		〒 -	続柄	職業	年収		※資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> マイナ保険証を保有していないので、発行が必要		
	被扶養者になった日	9.令和	年	月	日	被扶養者でなくなった日	9.令和	年	月	日	被扶養者申請理由

被扶養者欄 3	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
	住民票住所	被保険者と同一 <input type="checkbox"/> (被保険者ト同一の場合☑)		〒 -	個人番号						
	現住所	1.同居 <input type="checkbox"/> 2.別居 <input type="checkbox"/>		〒 -	続柄	職業	年収		※資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> マイナ保険証を保有していないので、発行が必要		
	被扶養者になった日	9.令和	年	月	日	被扶養者でなくなった日	9.令和	年	月	日	被扶養者申請理由

【 事業主記載欄 】

- 本人押印・署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。
- 本人押印・署名の省略にあたり、記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。

受付日付印

<身分変更(同日得喪)による被扶養者異動の場合は、以下も☑を入れてください>

- 続柄及び居住状況が従前と変更のないことを確認しました。
- ※続柄及び居住状況が従前と変更のない場合は、住民票を省略することができます。従前と変更があった場合は、☑を入れずに住民票を提出してください。

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	( )

令和 年 月 日 提出

社会保険労務士記載欄

■個人番号が未記入の場合は、番号法第14条に基づき住民基本台帳ネットワーク(住基ネット)から当健保組合が直接収集する場合があります。

■「資格確認書」の発行が必要な場合は、☑をいれてください。  
 【※】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していない、利用登録解除申請中、利用登録解除者/マイナンバーカード電子証明書有効期限切れの者が原則発行対象となります。