

健康保険 被扶養者（異動）届

事業所記号

令和 年 月 日 記入

常務理事	事務長	課長	係長	係員

被 保 険 者	被保険者整理番号	氏名 (フリガナ)		性別	生年月日	
		氏	名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
	資格取得年月日		標準報酬月額	住民票住所 (郵便番号及び都道府県から正確にご記入ください)		
<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	千円	TEL - -			

被 扶 養 者 1	異動の別	氏名 (フリガナ)		性別	生年月日		※続柄	資格確認書発行要否	
	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	氏	名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	※	<input type="checkbox"/> 発行が必要	
	個人番号 (マイナンバー) ※削除の場合は不要			住民票住所 (別居の場合のみ記入してください)			職業及び月平均収入額		
				被保険者と	TEL - -		職業	収入 円	
	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居								
追加または削除の理由		被扶養者になった日		※認定年月日		被扶養者から除かれた日		※削除年月日	
		令和 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日	

被 扶 養 者 2	異動の別	氏名 (フリガナ)		性別	生年月日		※続柄	資格確認書発行要否	
	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	氏	名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	※	<input type="checkbox"/> 発行が必要	
	個人番号 (マイナンバー) ※削除の場合は不要			住民票住所 (別居の場合のみ記入してください)			職業及び月平均収入額		
				被保険者と	TEL - -		職業	収入 円	
	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居								
追加または削除の理由		被扶養者になった日		※認定年月日		被扶養者から除かれた日		※削除年月日	
		令和 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日	

被 扶 養 者 3	異動の別	氏名 (フリガナ)		性別	生年月日		※続柄	資格確認書発行要否	
	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	氏	名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	※	<input type="checkbox"/> 発行が必要	
	個人番号 (マイナンバー) ※削除の場合は不要			住民票住所 (別居の場合のみ記入してください)			職業及び月平均収入額		
				被保険者と	TEL - -		職業	収入 円	
	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居								
追加または削除の理由		被扶養者になった日		※認定年月日		被扶養者から除かれた日		※削除年月日	
		令和 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日	

届出記入 (個人番号含む) に誤りがないことを確認しました。	
事業主記入欄	〒 - 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 連絡先 TEL - -

社会保険労務士記入欄
TEL - -

〱 受 付 印 〱

※60歳未満の配偶者については別紙「国民年金第3号被保険者」の届出が必要です。

この届書は、「被扶養者になった場合」、「被扶養者でなくなった場合」にご提出いただくものです。
配偶者様で20歳～59歳に該当する方は、「国民年金第3号被保険者関係届」が別途必要となります。

記入方法

【被保険者】 ※ 「取得届」と同時に提出する場合の被保険者情報は「取得届」に準じてご記入ください。

事業所記号と 事業所記号です。1～3ケタの数字になります。

被保険者整理番号 被保険者整理番号は1桁～6桁の数字になります。

氏名(フリガナ) }
性別 } : 住民票に記載されているものと同じものをご記入ください。
生年月日 }

資格取得年月日 : 被保険者の「資格取得年月日」、「標準報酬月額」をご記入ください。

標準報酬月額

住民票住所 : 住民票住所を正確にご記入ください。なお、TEL(電話番号)は、ご本人と直接お話しすることから
携帯番号を優先でご記入ください。

【被扶養者1.2.3】 ※健康保険の被扶養者は、主としてその被保険者により生計を維持されていることが必須です。

異動の別 : 該当者を被扶養者としたいときは「追加」を、外したいときには「削除」を選択してください。

氏名(フリガナ) : 住民票に登録されているものと同じ氏名をご記入ください。
「フリガナ」はカタカナで正確にご記入ください。
なお、登録可能な文字数は、「氏名」「フリガナ」共に15文字までとなります。

性別 : 戸籍に登録されているものと同じ性別を選択してください。
性別の表記に疑義がある場合は、「申出書」が別途必要となります。

生年月日 : 該当する年号を選択してください。

続柄 : 被保険者との続柄をご記入ください。
確認できない場合は『戸籍謄本コピー』等が必要になります。
内縁の妻(夫)の場合は、両人の『戸籍謄本のコピー』が別途必要になります。
※印欄は、記入しないでください。

資格確認書 発行要否 : マイナンバーカードをお持ちでない方、マイナ保険証を利用することができない状態の方などは
こちらにチェックをしてください。マイナ保険証をお持ちの方は申請しても交付できません。

個人番号 (マイナンバー) : 本人確認を行ったうえで、個人番号をご記入ください。
削除の場合は記入不要です。

被扶養者の 住民票住所 : 被保険者様と世帯が同じ場合は「同居」を、別世帯の場合は「別居」を選択してください。
同居している場合の住所は記入不要ですが、TEL(電話番号)は、該当者と直接連絡することから
携帯番号をご記入ください。別居の場合は、送金事実の確認できる証明書類のコピーを添付して
ください。

職業および 月平均収入額 : 「職業」は、無職・パート・年金受給者・学生・等をご記入ください。義務教育でない学生は『在学
証明書(生徒手帳のコピー)』が必要です。
「収入」は現在の月平均収入、若しくは年間の見込みから月平均した額をご記入ください。
また、その金額の根拠となる証明書類のコピーを添付してください。

追加または 削除の理由 : 「取得時・出生・婚姻・同居・離職・収入減・75歳到達」または、「就職・別居・離婚・収入増・国保加入
・死亡」の理由をご記入ください。

被扶養者に なった日 : 扶養になった年月日をご記入ください。認定日は、原則、受付日になります。
「取得時、出生、及び第3号の配偶者」は、その事実の日付まで遡り認定ができます。
この場合、遡る日付の根拠となる書類を添付してください。
〔※認定年月日〕※印欄は、記入しないでください。

被扶養者から 除かれた日 : 扶養から除かれた年月日をご記入ください。
この場合、除かれた日の根拠となる書類を添付してください。
〔※削除年月日〕※印欄は、記入しないでください。