

健康保険被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	係	確認

令和 年 月 日提出

事業主記入欄	事業所所在地	〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	()
☐ 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。		

組合番号	健康保険 事業所整理記号

社会保険労務士記載欄
氏名等

受付印

被保険者欄	被保険者整理番号	氏名 (フリガナ) (氏) (名)	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女
	取得年月日	昭・平・令	年	月	日	標準報酬月額	住民票住所	〒 -	

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											性別	男・女	続柄	
	住民票住所	1.同居 2.別居	☐ 同上 〒 -	当該届出書の提出年1月1日の住所	☐ 同上 〒 -												
	該当	被扶養者になった日	令和														
	非該当	被扶養者でなくなった日	令和														

被扶養者欄 2	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	個人番号											性別	男・女	続柄	
	住民票住所	1.同居 2.別居	☐ 同上 〒 -	当該届出書の提出年1月1日の住所	☐ 同上 〒 -												
	該当	被扶養者になった日	令和														
	非該当	被扶養者でなくなった日	令和														

被扶養者欄 3	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	個人番号											性別	男・女	続柄	
	住民票住所	1.同居 2.別居	☐ 同上 〒 -	当該届出書の提出年1月1日の住所	☐ 同上 〒 -												
	該当	被扶養者になった日	令和														
	非該当	被扶養者でなくなった日	令和														

記入方法

○被保険者欄

・被保険者整理番号	: 資格取得時に払い出しされた被保険者整理番号をご記入ください。 被保険者整理番号は①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(保険証)のいずれかでご確認ください。
・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。
・取得年月日	: 被保険者が健康保険に加入した日付をご記入ください。『被保険者資格取得届』と同時に提出する場合は、取得年月日と同日になります。
・標準報酬月額	: 現在の標準報酬月額を千円単位で記入してください。
・住民票住所	: 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	: 「妻」、「長男」、「養子」、「実父」など詳しく記入ください。
・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。
・備考1	: 事業主様が戸籍謄(抄)本・住民票により身分関係が届出の記載と相違ないことを確認した場合は、「続柄確認済」の口に✓を付してください。 事業主様が住民票により住所が届出の記載と相違ないことを確認した場合は、「住所確認済」の口に✓を付してください。
・住民票住所	: 被保険者と同居または別居のいずれかを○で囲んでください。 住民票住所が被保険者欄の住所と同じ場合は、口に✓を付してください。違う場合は、住民票住所をご記入ください。
・当該届出書の提出年 1月1日の住所	: 当該届出書の提出年の1月1日の住民票住所が被保険者欄の住所と同じ場合は、口に✓を付してください。 違う場合は、1月1日時点の住民票住所をご記入ください。
・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。
・収入	: 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)も含みます。
・理由	: 被扶養者となった理由を○で囲んでください。
・被扶養者でなくなった日	: 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。
・備考2	: 住民票住所と居所が違う場合に備考2欄に居所をご記入ください。
・資格確認書の発行要否	: 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、併せて資格確認書(再)交付申請書をご提出ください。 ※以下に該当する場合に限ります。 ・マイナナンバーカードを取得していない者、マイナナンバーカードの返納者 ・マイナ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 ・マイナナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者