

健康保険被扶養者(異動)届

令和8年4月更新

令和 年 月 日 提出

事業主記入欄	事業所名称	×××株式会社	事業主氏名	××××
	事業所所在地	××県××市××町×番地×号		
	電話番号	×××-×××-××××		
	<input checked="" type="checkbox"/> 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。			
事業主が確認した場合に○で囲んでください。		<input checked="" type="checkbox"/> 収入に関する証明の添付が省略されている者は、所得税法上の控除対象配偶者・扶養親族であることを確認しました。		
		<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者との続柄に関する証明書類が省略されている者については、続柄を確認しています。		

※本書類は必ず扶養追加希望日より10日以内に事業所から健保に提出すること。
(扶養減の場合はこの限りではありません)

社会保険労務士記入欄
氏名等

被保険者欄	被保険者記号・番号	○○-○○○○	生年月日	昭・平・令 5 0 0 5 1 7	性別	男・女
	氏名(フリガナ)	ケンボ	氏名(名)	イチロウ	住民票住所	〒424-●●●● 静岡県●●市●●番●●号

↑必ず○丁目●番地 のように住民票通りの住所を記載のこと。

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)	ケンボ	氏名(名)	ハナコ	生年月日	昭・平・令 5 2 0 7 0 5	性別	男・女	続柄	妻
	氏名(フリガナ)	ケンボ	氏名(名)	ハナコ	個人番号	1 2 3 4 - 5 6 7 8 - 9 0 1 2				
	住民票住所	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同じ <input type="checkbox"/> 被保険者と異なる(下記に住所記載)			居所住所	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同じ <input type="checkbox"/> 被保険者と異なる(下記に住所記載)			(別居の場合) 仕送り 円/月 (仕送り証明を添付してください)	
	被扶養者になった日	令和	0 8 0 4 0 1	職業	<input checked="" type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 年金受給者 <input type="checkbox"/> その他()		年齢	48	理由	<input type="checkbox"/> 1.出生 <input type="checkbox"/> 2.退職 <input type="checkbox"/> 3.収入減 <input checked="" type="checkbox"/> 4.結婚 <input checked="" type="checkbox"/> 5.被保険者の資格取得 <input type="checkbox"/> 6.その他()
	被扶養者でなくなった日	令和		理由	<input type="checkbox"/> 1.死亡 <input type="checkbox"/> 2.就職 <input type="checkbox"/> 3.収入増加 <input type="checkbox"/> 4.75歳到達 <input type="checkbox"/> 5.雇用保険の受給開始 <input type="checkbox"/> 6.その他()		年収	1,200,000	理由	<input type="checkbox"/> 1.留学 <input type="checkbox"/> 2.同行家族 <input type="checkbox"/> 3.特定活動 <input type="checkbox"/> 4.海外婚姻 <input type="checkbox"/> 5.その他() <input type="checkbox"/> 6.その他()

↓子ではなく、長男・二男等と記入すること。

被扶養者欄2	氏名(フリガナ)	ケンボ	氏名(名)	タロウ	生年月日	昭・平・令 1 7 1 0 2 4	性別	男・女	続柄	長男
	氏名(フリガナ)	ケンボ	氏名(名)	タロウ	個人番号	5 6 7 8 - 9 0 1 2 - 3 4 5 6				
	住民票住所	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同じ <input type="checkbox"/> 被保険者と異なる(下記に住所記載)			居所住所	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同じ <input type="checkbox"/> 被保険者と異なる(下記に住所記載)			(別居の場合) 仕送り 円/月 (仕送り証明を添付してください)	
	被扶養者になった日	令和	0 8 0 4 0 1	職業	<input checked="" type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 年金受給者 <input type="checkbox"/> その他()		年齢	20	理由	<input type="checkbox"/> 1.出生 <input type="checkbox"/> 2.退職 <input type="checkbox"/> 3.収入減 <input checked="" type="checkbox"/> 4.結婚 <input checked="" type="checkbox"/> 5.被保険者の資格取得 <input type="checkbox"/> 6.その他()
	被扶養者でなくなった日	令和		理由	<input type="checkbox"/> 1.死亡 <input type="checkbox"/> 2.就職 <input type="checkbox"/> 3.収入増加 <input type="checkbox"/> 4.75歳到達 <input type="checkbox"/> 5.雇用保険の受給開始 <input type="checkbox"/> 6.その他()		年収	0	理由	<input type="checkbox"/> 1.留学 <input type="checkbox"/> 2.同行家族 <input type="checkbox"/> 3.特定活動 <input type="checkbox"/> 4.海外婚姻 <input type="checkbox"/> 5.その他() <input type="checkbox"/> 6.その他()

↓子ではなく、長男・二男等と記入すること。

被扶養者欄3	氏名(フリガナ)		氏名(名)		生年月日	昭・平・令	性別	男・女	続柄	
	氏名(フリガナ)		氏名(名)		個人番号					
	住民票住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ <input type="checkbox"/> 被保険者と異なる(下記に住所記載)			居所住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ <input type="checkbox"/> 被保険者と異なる(下記に住所記載)			(別居の場合) 仕送り 円/月 (仕送り証明を添付してください)	
	被扶養者になった日	令和		職業	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 年金受給者 <input type="checkbox"/> その他()		年齢		理由	<input type="checkbox"/> 1.出生 <input type="checkbox"/> 2.退職 <input type="checkbox"/> 3.収入減 <input type="checkbox"/> 4.結婚 <input type="checkbox"/> 5.被保険者の資格取得 <input type="checkbox"/> 6.その他()
	被扶養者でなくなった日	令和		理由	<input type="checkbox"/> 1.死亡 <input type="checkbox"/> 2.就職 <input type="checkbox"/> 3.収入増加 <input type="checkbox"/> 4.75歳到達 <input type="checkbox"/> 5.雇用保険の受給開始 <input type="checkbox"/> 6.その他()		年収		理由	<input type="checkbox"/> 1.留学 <input type="checkbox"/> 2.同行家族 <input type="checkbox"/> 3.特定活動 <input type="checkbox"/> 4.海外婚姻 <input type="checkbox"/> 5.その他() <input type="checkbox"/> 6.その他()

↓子ではなく、長男・二男等と記入すること。

被保険者の配偶者	配偶者の氏名	配偶者の年収
いる・いない	健保 花子	1,200,000 円

←配偶者の扶養の有無に関わらず、必ず記入してください。
「扶養申請時提出書類一覧」記載の年収書類を提出してください。

※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。

鈴木健康保険組合