

健康保険被扶養者(異動)届

令和5年12月更新

令和 年 月 日 提出

事業主記入欄	事業所名称	事業主氏名
	事業所所在地	
	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。	
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。

常務理事	事務長	係

受付年月日

※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

被保険者記号・番号	999 - 9999	生年月日	昭平令 4 年 5 月 8 日	性別	男	
氏名	(フリガナ) ケンボ (氏) 健保 (名) イチロウ 一郎	住民票住所	〒 ●●●● - ●●●● ●●県●●市●●字●●5番地7			

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。

被保険者の配偶者が被扶養者ではないとき(例:夫婦共働きの場合)は下部欄に配偶者の氏名・年収を記入してください。

被扶養者欄1	氏名	(フリガナ) ケンボ (氏) 健保 (名) ハナコ 花子	生年月日	昭平令 4 年 6 月 1 日	性別	女	続柄	妻
	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)		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	<input checked="" type="checkbox"/> 扶養減の場合はマイナンバー不要	
	該当	被扶養者になった日	令和 年 月 日	職業	1.無職 2.パート 3.年金受給者 4.小・中学生以下 5.高・大学生(年生) 6.その他()	年収	理由	1.留学 2.同行家族 3.特定活動 4.海外婚姻 5.その他()
	非該当	被扶養者でなくなった日	令和 0 年 6 月 0 日	理由	1.死亡 2.就職 3.収入増加 4.75歳到達 5.雇用保険の受給開始 6.その他()	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)	300万円
備考								

被扶養者欄2	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	生年月日	昭平令 年 月 日	性別	男・女	続柄	
	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)		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	<input type="checkbox"/> 扶養減の場合はマイナンバー不要	
	該当	被扶養者になった日	令和 年 月 日	職業	1.無職 2.パート 3.年金受給者 4.小・中学生以下 5.高・大学生(年生) 6.その他()	年収	理由	1.留学 2.同行家族 3.特定活動 4.海外婚姻 5.その他()
	非該当	被扶養者でなくなった日	令和 年 月 日	理由	1.死亡 2.就職 3.収入増加 4.75歳到達 5.雇用保険の受給開始 6.その他()	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)	
備考								

被扶養者欄3	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	生年月日	昭平令 年 月 日	性別	男・女	続柄	
	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)		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	<input type="checkbox"/> 扶養減の場合はマイナンバー不要	
	該当	被扶養者になった日	令和 年 月 日	職業	1.無職 2.パート 3.年金受給者 4.小・中学生以下 5.高・大学生(年生) 6.その他()	年収	理由	1.留学 2.同行家族 3.特定活動 4.海外婚姻 5.その他()
	非該当	被扶養者でなくなった日	令和 年 月 日	理由	1.死亡 2.就職 3.収入増加 4.75歳到達 5.雇用保険の受給開始 6.その他()	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)	
備考								

被保険者に配偶者がいる場合⇒	配偶者の氏名	配偶者の年収	円
----------------	--------	--------	---

健保認定日 (健保使用欄のため記入しなさい)	R
---------------------------	---

※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。

鈴与健康保険組合