

健康保険 被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	課長	係長	係

被保険者欄	① 記号	② 番号	③ 被保険者の氏名 フリガナ (氏) (名)		④ 生年月日 昭5 年 月 日 平7	⑤ 性別 男1 女2	⑥ 資格取得年月日 昭5 年 月 日 平7 令9	⑦ 標準報酬月額 千円	
	⑧ 被保険者の住所 住民票住所と同一の場合記入不要							⑨ 被扶養者でない配偶者を有するときに記入してください	
	住民票住所	〒	-	居所	〒	-	配偶者の年間収入	円	

配偶者である被扶養者欄	⑦ 被扶養者の氏名 フリガナ (氏) (名)	⑧ 生年月日 昭5 年 月 日 平7 令9	⑨ 性別 男1 女2	⑩ 続柄	⑪ 職業	⑫ 収入(年間) 円	⑬ 手当金等の受給の有無 1.受給なし 2.受給あり 3.受給予定 ①失業給付 ②傷病手当金 ③出産手当金	⑭ 被扶養者になった日 年 月 日	⑮ 被扶養者になった理由 1.被保険者の就職 2.婚姻 3.離職 4.所得減少 5.その他()	資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要(※)
	◆ ⑯ 配偶者の個人番号(マイナンバー)		⑰ 住所 1.同居 (住民票住所と同じ) 2.別居 (右の欄に住所を記載)			⑱ 住所	⑲ 被扶養者でなくなった日 年 月 日	⑳ 被扶養者でなくなった理由 1.就職 2.所得増加 3.75歳到達 4.死亡(年 月 日) 5.その他()		

その他の被扶養者欄	1	⑦ 被扶養者の氏名 フリガナ (氏) (名)	⑧ 生年月日 昭5 年 月 日 平7 令9	⑨ 性別 男1 女2	⑩ 続柄	⑪ 職業	⑫ 収入(年間) 円	⑬ 手当金等の受給の有無 1.受給なし 2.受給あり 3.受給予定 ①失業給付 ②傷病手当金 ③出産手当金	⑭ 被扶養者になった日 年 月 日	⑮ 被扶養者になった理由 1.被保険者の就職 2.出生 3.離職 4.その他()	資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要(※)
		◆ ⑯ 被扶養者の個人番号(マイナンバー)		⑰ 住所 1.同居 (住民票住所と同じ) 2.別居 (右の欄に住所を記載)			⑱ 住所	⑲ 被扶養者でなくなった日 年 月 日	⑳ 被扶養者でなくなった理由 1.就職 2.所得増加 3.75歳到達 4.死亡(年 月 日) 5.その他()		
	2	⑦ 被扶養者の氏名 フリガナ (氏) (名)	⑧ 生年月日 昭5 年 月 日 平7 令9	⑨ 性別 男1 女2	⑩ 続柄	⑪ 職業	⑫ 収入(年間) 円	⑬ 手当金等の受給の有無 1.受給なし 2.受給あり 3.受給予定 ①失業給付 ②傷病手当金 ③出産手当金	⑭ 被扶養者になった日 年 月 日	⑮ 被扶養者になった理由 1.被保険者の就職 2.出生 3.離職 4.その他()	資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要(※)
		◆ ⑯ 被扶養者の個人番号(マイナンバー)		⑰ 住所 1.同居 (住民票住所と同じ) 2.別居 (右の欄に住所を記載)			⑱ 住所	⑲ 被扶養者でなくなった日 年 月 日	⑳ 被扶養者でなくなった理由 1.就職 2.所得増加 3.75歳到達 4.死亡(年 月 日) 5.その他()		
	3	⑦ 被扶養者の氏名 フリガナ (氏) (名)	⑧ 生年月日 昭5 年 月 日 平7 令9	⑨ 性別 男1 女2	⑩ 続柄	⑪ 職業	⑫ 収入(年間) 円	⑬ 手当金等の受給の有無 1.受給なし 2.受給あり 3.受給予定 ①失業給付 ②傷病手当金 ③出産手当金	⑭ 被扶養者になった日 年 月 日	⑮ 被扶養者になった理由 1.被保険者の就職 2.出生 3.離職 4.その他()	資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要(※)
		◆ ⑯ 被扶養者の個人番号(マイナンバー)		⑰ 住所 1.同居 (住民票住所と同じ) 2.別居 (右の欄に住所を記載)			⑱ 住所	⑲ 被扶養者でなくなった日 年 月 日	⑳ 被扶養者でなくなった理由 1.就職 2.所得増加 3.75歳到達 4.死亡(年 月 日) 5.その他()		

◎配偶者20560才を届ける場合は別途「国民年金第3号被保険者関係届」が必要で
◎減少の場合異動の理由が就職の場合には資格情報のお知らせを添付してください
◎新規・増加の場合配偶者・子以外については被扶養者状況を添付してください

※マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの利用登録を行っていない者
以下に該当する場合には限りません
マイナンバーカードを保有していない者
マイナンバーカードの返納者

上記のとおり被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します。

令和 年 月 日提出

〒 -

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電 話 ()

◆ 被扶養者になる場合は、個人番号(マイナンバー)を必ず記入してください。
なお、被扶養者でなくなった場合は、記入しなくてもかまいません。

事業主確認欄

事業主が確認した場合に○で囲んでください。

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。
※(なお、年金収入に限り、証明の添付が必要となります。)

社会保険労務士記載欄
氏名等

受付印

愛知紙商健康保険組合