

# 健康保険被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	担当

令和 年 月 日 提出

受付年月日

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	

社会保険労務士記入欄	
------------	--

被保険者欄	被保険者等記号		被保険者等番号		取得年月日	昭・平・令	年	月	日		
	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女	
	住民票住所										
	居所住所										
									標準報酬月額	千円	

被扶養者欄 1	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	個人番号		資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要			
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女	続柄		
	住民票住所									
	居所住所									
	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 6. その他( )	年収	円	理由
被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	理由	1. 就職 2. 収入増加 3. 死亡 4. 後期高齢者 5. その他( )	備考			

被扶養者欄 2	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	個人番号		資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要			
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女	続柄		
	住民票住所									
	居所住所									
	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 6. その他( )	年収	円	理由
被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	理由	1. 就職 2. 収入増加 3. 死亡 4. 後期高齢者 5. その他( )	備考			

被扶養者欄 3	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	個人番号		資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要			
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女	続柄		
	住民票住所									
	居所住所									
	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 6. その他( )	年収	円	理由
被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	理由	1. 就職 2. 収入増加 3. 死亡 4. 後期高齢者 5. その他( )	備考			

## 記入方法

### ○被保険者欄

- ・被保険者等記号・番号 : 資格取得時に払い出しされた被保険者等記号・番号をご記入ください。被保険者資格取得届と同時に提出する場合は記入不要です。
- ・取得年月日 : 年号は該当するものを○で囲んでください。
- ・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。
- ・住民票住所 : 住民票の住所をご記入ください。
- ・居所住所 : 居所住所をご記入ください。
- ・標準報酬月額 : 被保険者の申請時の標準報酬月額をご記入ください。

### ○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。
- ・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。
- ・資格確認書発行要否 : 資格確認書の発行が必要な場合(※)は、「発行が必要」の口に✓(チェック)を付してください。  
※以下に該当する場合に限ります。
  - ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
  - ・マイ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
  - ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者
- ・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。
- ・続柄 : 被保険者との続柄を「夫」、「妻」、「長男」、「長女」、「父」、「母」等と記入してください。
- ・住民票住所 : 住民票の住所をご記入ください。
- ・居所住所 : 居所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。  
※被扶養者になった事実を証明できる日をご記入ください。希望日は認めません。
- ・年収 : 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、交通費や非課税対象のもの(障害・遺族年金、失業給付、傷病手当金等)も含まれます。
- ・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。
- ・理由 : 被扶養者でなくなった理由を○で囲んでください。
- ・備考 : 理由欄について該当するものがない場合は記載してください。  
(失業給付受給完了 等)