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	□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　4. 小・中学生以下 2. パート　5. 高・大学生 3. 年金受給者　6. その他（　）			年収	円	理由	1. 出生　4. 被保険者入社 2. 離職　5. 任意継続移行 3. 収入減　6. その他（備考に記入）	
	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	理由	1. 就職　4. 後期高齢者 2. 収入増加　5. その他（　） 3. 死亡			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	□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　4. 小・中学生以下 2. パート　5. 高・大学生 3. 年金受給者　6. その他（　）			年収	円	理由	1. 出生　4. 被保険者入社 2. 離職　5. 任意継続移行 3. 収入減　6. その他（備考に記入）	
	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	理由	1. 就職　4. 後期高齢者 2. 収入増加　5. その他（　） 3. 死亡			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	□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　4. 小・中学生以下 2. パート　5. 高・大学生 3. 年金受給者　6. その他（　）			年収	円	理由	1. 出生　4. 被保険者入社 2. 離職　5. 任意継続移行 3. 収入減　6. その他（備考に記入）	
	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	理由	1. 就職　4. 後期高齢者 2. 収入増加　5. その他（　） 3. 死亡			備考				

記入方法

〇被保険者欄

・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〇で囲んでください。

・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〇で囲んでください。

・性別　：該当するものを〇で囲んでください。

・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。

〇被扶養者欄

・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□に✔（チェック）を付し、「資格確認書交付申請書」を添付してください。

※以下に該当する場合に限ります。マイナ保険証を利用できる方には資格確認書は交付されません。

・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

・医療機関の受診に介助が必要な者

※申請理由が事実と相違すると判明した場合は返却を求めさせていただく場合があります。

※出生による扶養追加の際は「資格確認書交付申請書」の添付は不要です。

※資格確認書の有効期限は健保加入月（発行月）の3ヶ月後の15日までです。

※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、医療機関の受診に介助が必要な者には、有効期限の長い資格確認書を交付いたします。

・生年月日　：年号は該当するものを〇で囲んでください。

・性別　：該当するものを〇で囲んでください。

・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。 希望日は認めていません。

・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)も含みます。

・理由　：被扶養者となった理由を〇で囲んでください。

・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〇で囲んでください。

・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）