

健康保険被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

令和 年 月 日 提出

㊦ ㊧ ㊨ ㊩ ㊪ ㊫ ㊬ ㊭ ㊮ ㊯ ㊰ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺

事業主記入欄	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒 _____ 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 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・番号	-	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女	報酬月額	(A)	円	年金月額	(B)	円
	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	取得年月日	昭・平・令	年	月	日		副収入月額	(C)	円	その他(給付金等月額)	(D)	円
	住民票住所	〒 _____										合計収入月額	(A)+(B)+(C)+(D)	円	

(A)~(D)の項目に収入等がない場合は、必ず0円と記入をお願いします。

被扶養者欄 1	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	個人番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女	続柄	被扶養者の居住状況	1.同居 2.別居
	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()	収入月額	円	理由	1.取得と同時に 2.出生 3.離職	4.収入減 5.同居 6.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.離婚 5.後期高齢者 6.その他()	備考	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要		

被扶養者欄 2	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	個人番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女	続柄	被扶養者の居住状況	1.同居 2.別居
	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()	収入月額	円	理由	1.取得と同時に 2.出生 3.離職	4.収入減 5.同居 6.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.離婚 5.後期高齢者 6.その他()	備考	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要		

被扶養者欄 3	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	個人番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女	続柄	被扶養者の居住状況	1.同居 2.別居
	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()	収入月額	円	理由	1.取得と同時に 2.出生 3.離職	4.収入減 5.同居 6.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.離婚 5.後期高齢者 6.その他()	備考	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要		

被扶養者欄 4	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	個人番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女	続柄	被扶養者の居住状況	1.同居 2.別居
	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()	収入月額	円	理由	1.取得と同時に 2.出生 3.離職	4.収入減 5.同居 6.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.離婚 5.後期高齢者 6.その他()	備考	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要		

被扶養者欄 5	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	個人番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女	続柄	被扶養者の居住状況	1.同居 2.別居
	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()	収入月額	円	理由	1.取得と同時に 2.出生 3.離職	4.収入減 5.同居 6.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.離婚 5.後期高齢者 6.その他()	備考	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要		

※ご担当者様 加入員様にマイナ保険証の利用の勧奨をお願いいたします。

【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記号・番号をご記入ください。
- ・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。
- ・㉠月収 : 被保険者の1ヶ月間の給料・手当等、名称を問わず労働の対償として金銭(通貨)で支払われるすべての合計金額を記入してください。
- ・㉡年金月額 : 年金が支給されている方は被保険者の1ヶ月間の年金額をご記入ください。
- ・㉢副収入月額 : 副収入がある方は被保険者の1ヶ月間の副収入額をご記入ください。
- ・㉣その他(給付金等) : 被保険者が市区町村等により給付金等を受給している場合は、1ヶ月間の給付金等の金額をご記入ください。
- ・合計収入月額 : 上記㉠～㉣の金額の合算額をご記入ください。
- ・住民票住所 : 住民票の住所をご記入ください。

○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。
- ・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。また子どもの続柄について、健康保険組合で判断できない場合等は、一律「子」で登録させていただきます。
- ・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。
- ・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。
- ・収入月額 : 被扶養者になる方の1ヶ月間の収入額をご記入ください。収入には、非課税対象のもの(障害・遺族年金、失業給付等)も含まれます。非課税対象の収入がある場合は、受取金額が確認できる書類のコピーを添付の上、「備考」欄に具体的な内容をご記入ください。
- ・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、離婚による場合は離婚日当日を、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。
- ・備考 : 被扶養者情報に変更がある場合は、変更の内容とその理由をご記入ください。