



健康保険被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	部長	課長	担当

事業主記入欄	記号	番号	年 月 日提出
	事業所在地	〒 - 年 月 日提出	
	事業名称		
	事業主氏名		
	電話番号		
下記のとおり、被保険者から届出がありましたので提出します。 また、続柄・住所について、下記と相違ないことを事業主において確認しました。			

受付印

社会保険労務士記入欄

被保険者欄	被保険者氏名		生年月日	性別	異動の別	資格取得年月日	標準報酬月額(千円)
			昭和 年 月 日 平成 年 月 日	男 女	追加 抹消	昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日	千円
	住民票住所	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。					
		配偶者の年間収入	被保険者の年間収入		円		

被扶養者欄 1	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	性別	男 女	続柄
					個人番号				
	住民票住所 (同居の場合「同居」と記入)	〒 -		職業	無職 パート・アルバイト 年金受給者	中学生以下 高校生以上(年生) その他()	年間収入	給与・年金 その他 () 円	
	被扶養者になった日	令和			理由	1. 被保険者の就職 3. 離職 4. 所得減少 6. その他 ()	2. 婚姻 5. 出生	前職 会社名 () 退職日 () 雇用保険予定 (有・無・申請中)	
被扶養者でなくなった日	令和			理由	就職 (資格取得年月日 年 月 日) 死亡 (死亡日 年 月 日) その他 ()	資格確認書 発行要否 <input type="checkbox"/>	発行が必要 (下記※6参照)	備考	

被扶養者欄 2	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	性別	男 女	続柄
					個人番号				
	住民票住所 (同居の場合「同居」と記入)	〒 -		職業	無職 パート・アルバイト 年金受給者	中学生以下 高校生以上(年生) その他()	年間収入	給与・年金 その他 () 円	
	被扶養者になった日	令和			理由	1. 被保険者の就職 3. 離職 4. 所得減少 6. その他 ()	2. 婚姻 5. 出生	前職 会社名 () 退職日 () 雇用保険予定 (有・無・申請中)	
被扶養者でなくなった日	令和			理由	就職 (資格取得年月日 年 月 日) 死亡 (死亡日 年 月 日) その他 ()	資格確認書 発行要否 <input type="checkbox"/>	発行が必要 (下記※6参照)	備考	

被扶養者欄 3	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	性別	男 女	続柄
					個人番号				
	住民票住所 (同居の場合「同居」と記入)	〒 -		職業	無職 パート・アルバイト 年金受給者	中学生以下 高校生以上(年生) その他()	年間収入	給与・年金 その他 () 円	
	被扶養者になった日	令和			理由	1. 被保険者の就職 3. 離職 4. 所得減少 6. その他 ()	2. 婚姻 5. 出生	前職 会社名 () 退職日 () 雇用保険予定 (有・無・申請中)	
被扶養者でなくなった日	令和			理由	就職 (資格取得年月日 年 月 日) 死亡 (死亡日 年 月 日) その他 ()	資格確認書 発行要否 <input type="checkbox"/>	発行が必要 (下記※6参照)	備考	

- ※1 続柄・住所の確認のために住民票(世帯全体、続柄記載有り)を添付してください。ただし、被扶養者となる方が、同居の配偶者又は子の場合で、事業主において被保険者との続柄・住所について確認済の場合は、事業主記入欄の□内に✓をしてください。その場合、住民票の添付を省略することが出来ます。
- ※2 続柄は、「長男」「二女」などと記入してください。
- ※3 被扶養者抹消の場合は、対象者の被保険者証(資格確認書)を添付してください。
- ※4 被扶養者追加の場合は、個人番号を必ず記入してください。
- ※5 被扶養者の住所欄について、被保険者と同居の場合、住所欄に「同居」と記入すれば住所の記入は省略可能です。
- ※6 資格確認書発行要否について、以下の場合に限り、「発行が必要」を選択できます。
 - ・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