

# 健康保険 被扶養者(異動)届

令和 年 月 日 提出

常務理事	事務長	担当者

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		
	<input type="checkbox"/> この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないが申請者本人が確認している。		

受付年月日

被保険者等 記号・番号		生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女
氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	住所					

被扶養者になった場合は「取得」、被扶養者でなくなった場合は「喪失」を○で囲んでください。

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	資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要
	住所	〒		1.同居 2.別居	別居の場合仕送り額 (月額 円)		<input type="checkbox"/> 雇用保険を受給する <input type="checkbox"/> 基本手当日額が3,612円未満(60才以上は5千円未満) <input type="checkbox"/> 基本手当日額が3,612円以上(60才以上は5千円以上) <input type="checkbox"/> 受給が終了した <input type="checkbox"/> 雇用保険を受給しない							
	取得	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( )	年収	円	理由	1.出生 2.離職 3.収入減	4.同居 5.雇用保険受給終了 6.その他( )
	喪失	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.雇用保険受給	4.死亡 5.その他( )					

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	資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要
	住所	〒		1.同居 2.別居	別居の場合仕送り額 (月額 円)		<input type="checkbox"/> 雇用保険を受給する <input type="checkbox"/> 基本手当日額が3,612円未満(60才以上は5千円未満) <input type="checkbox"/> 基本手当日額が3,612円以上(60才以上は5千円以上) <input type="checkbox"/> 受給が終了した <input type="checkbox"/> 雇用保険を受給しない							
	取得	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( )	年収	円	理由	1.出生 2.離職 3.収入減	4.同居 5.雇用保険受給終了 6.その他( )
	喪失	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.雇用保険受給	4.死亡 5.その他( )					

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	資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要
	住所	〒		1.同居 2.別居	別居の場合仕送り額 (月額 円)		<input type="checkbox"/> 雇用保険を受給する <input type="checkbox"/> 基本手当日額が3,612円未満(60才以上は5千円未満) <input type="checkbox"/> 基本手当日額が3,612円以上(60才以上は5千円以上) <input type="checkbox"/> 受給が終了した <input type="checkbox"/> 雇用保険を受給しない							
	取得	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( )	年収	円	理由	1.出生 2.離職 3.収入減	4.同居 5.雇用保険受給終了 6.その他( )
	喪失	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.雇用保険受給	4.死亡 5.その他( )					

被保険者の配偶者が被扶養者ではないとき(例: 夫婦共働きの場合)は記入してください。	配偶者の年収見込額	円
--	-----------	---

※被扶養者の「取得」と「喪失」は同時に提出できません。「取得」、「喪失」はそれぞれ別の用紙で提出してください。

## 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。
- ・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。
- ・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。
- ・住所 : **被保険者と同居または別居のいずれかを○で囲み、同居の場合は住所記入は不要です。別居の場合は、住所欄に住民票の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。
- ・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、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。ただし、『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。
- ・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。

- ・配偶者の年収見込額 : 配偶者以外を被扶養者とする場合で、被保険者の配偶者が被扶養者でないときは配偶者の年間収入見込額をご記入ください。  
これは、配偶者以外の方について、被保険者と配偶者のどちらの被扶養者に認定するのが適正なのかを確認するためです。

## 添付書類