

# 健康保険被扶養者(異動)届

平成 年 月 日提出

常務理事	事務長	係	扱 者
			台帳記載済 証記載済

被保険者欄	被保険者証の記号	被保険者証の番号	生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	備考
	(フリガナ)	(氏)	取得年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	標準報酬月額 千円
	氏名	(名)	住所	〒 -				

被扶養者欄(増・減)	(フリガナ)	(氏)	生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	性別	1.男 2.女	
	氏名	(名)	個人番号							
	続柄	職業	収入(月収)	住所	1.同居 2.別居	別居の場合	〒 -	備考		
被扶養者になった日	7.平成	年	月	日	被扶養者から除かれた日	7.平成	年	月	日	理由
※ 認定日	平成	年	月	日	※ 証回収日	平成	年	月	日	

被扶養者欄(増・減)	(フリガナ)	(氏)	生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	性別	1.男 2.女	
	氏名	(名)	個人番号							
	続柄	職業	収入(月収)	住所	1.同居 2.別居	別居の場合	〒 -	備考		
被扶養者になった日	7.平成	年	月	日	被扶養者から除かれた日	7.平成	年	月	日	理由
※ 認定日	平成	年	月	日	※ 証回収日	平成	年	月	日	

被扶養者欄(増・減)	(フリガナ)	(氏)	生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	性別	1.男 2.女	
	氏名	(名)	個人番号							
	続柄	職業	収入(月収)	住所	1.同居 2.別居	別居の場合	〒 -	備考		
被扶養者になった日	7.平成	年	月	日	被扶養者から除かれた日	7.平成	年	月	日	理由
※ 認定日	平成	年	月	日	※ 証回収日	平成	年	月	日	

上記の届出に相違ないことを証明します

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	(名)
電話番号	( )

※欄は記入しないでください。

受付日付印

## ■記載上の注意

- この届出は被扶養者を有する者が被保険者資格を取得したとき、被扶養者に異動(増減)が生じたとき、その日から五日以内に異動のある者のみを記入し事業主を経由して健康保険組合へ提出してください。
- 職業欄には職業の文字にかかわらず「小学1年」「大学2年」「主婦」「パート」「年金受給者」等その実態が一目でわかるように記入してください。
- 理由欄には「出生」「婚姻」「離職」「就職」「死亡」等その事実を具体的に記入してください。
- 異動(減)の場合は、被保険者証を添付してください。

## ■扶養の申請当たり、次の書類を添付してください

- 16歳以上60歳未満の方： 収入が無い方:非課税証明書(学生の場合は、在学証明書又は学生証の写し)  
収入が有る方:年間収入が確認できる書類(源泉徴収票、雇用契約書、確定申告書等)
- 1のうち別居の方： 別紙「扶養状況報告書」、住居証明書、住民票
- 1のうち兄弟姉妹及び義父母の方 別紙「扶養状況報告書」、住民票
- 60歳以上の父母の方： 年金振込通知書の写し、別紙「扶養状況報告書」、住民票、別居の方は住居証明書
- 雇用保険(失業給付)の申請が可能の方 別紙「雇用保険の基本手当(失業手当)受給に関する届出書」、離職票又は雇用保険受給資格者証  
※失業手当を受給中の方は、原則被扶養者資格は認定されません。