

健康保険被扶養者(異動)届

令和 年 月 日 提出

事業主記入欄	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	
	☐ 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か申請者本人が確認している。	
事業主が確認した場合に○で囲んでください。	確認	収入に関する証明の添付が省略されている者は、所得税法上の控除対象配偶者・扶養親族であることを確認しました。
	確認	被保険者との続柄に関する証明書類が省略されている者については、続柄を確認しています。

常務理事	事務長	担当	
		記入例	

健保受付印

被 保 者 欄	会社名 (出向者は出向元の会社名)		株式会社●●●●●										社員番号		1234567				年収		500				円								
	健康保険の 記号・番号		10 - 654321				生年 月日		昭	平	令	4	6	0	3	月	1	日	2	性別	男	女	取得 年月日	昭	平	令	0	5	0	4	0	1	日
	氏名 (フリガナ) (氏)		ケンボ 健保				タロウ 太郎				住所		〒 〇〇〇-〇〇〇〇 大阪府大阪市〇〇町 1-2-3																				

被扶養者になった場合は「被扶養者になった日・職業・年収・理由・資格確認書発行要否」を、被扶養者でなくなった場合は「被扶養者でなくなった日・理由」をご記入ください。

被扶養者欄 1	氏名	(フリガナ) ケンボ (氏) 健保	ハナコ (名) 花子	個人番号														
				生年月日	昭平令	52	年	1	月	0	日	15	性別	男・女	続柄	妻	※続柄確認済み ☐	
	住所	〒 ○○○-○○○ 大阪府大阪市○○町 1-2-3			1.同居	海外特例要件 海外居住者又は海外から国内に転入した場合は右欄を記入してください。			海外特例要件 該当			理由	1.留学 3.特定活動 5.その他() 2.同行家族 4.海外婚姻等					
					2.別居				海外特例要件 非該当			理由	1.国内転入(令和 年 月 日) 2.その他()					
	被扶養者になった日	令和		年		月		日	職業	無職			年収	0 円		理由	退職	資格確認書発行要否
被扶養者でなくなった日	令和		年		月		日	理由				備考						

[illegible]

被扶養者欄 1	氏名	(フリガナ) ケンポ (氏) 健保	(名) ジロウ 二郎	個人番号									生年月日	昭和・平成 160510	年	月	日	性別	☒ 男 ☐ 女	続柄	二男		※続柄確認済み ☐
	住所	〒○○○-○○○○ 東京都△△区△△町4-5-6 △△ハイツ△△号			1.同居	海外特例要件 海外居住者又は海外から国内に転じた場合は右欄を記入してください。				海外特例要件 該当		理由	1.留学 2.同行家族	3.特定活動 4.海外婚姻等		5.その他（ ）							
					2.別居					海外特例要件 非該当		理由	1.国内転入(令和 年 月 日) 2.その他()										
	被扶養者になった日	令和	05	04	01	職業	学生		年収	60万円		理由	被保険者の取得		資格確認書発行要否	☐ 発行が必要							
	被扶養者でなくなった日	令和				理由			備考														

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
---	-----------	---

記入方法

○被保険者欄

・健康保険の記号・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。
・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。
・年収	: 被保険者の今後1年間の年間収入見込額をご記入ください。
・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。 事業主が戸籍謄本等で被保険者と扶養認定を受ける方の続柄を確認した場合は、「※続柄確認済み」の口に✓を付してください。
・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、「備考欄」に居所をご記入ください。住民票住所と居所が同じ場合は居所の記入は不要です。なお、海外居住者については、国内における協力者住所（親族、被保険者の勤務先住所等）を方書きも含めてご記入の上、「備考」欄に海外居住先の住所及び国内協力者が親族の場合は氏名及び続柄をご記入ください。
・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（年金通知書等）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（被保険者の取得・出生・離職・収入減・同居…等）を記載してください。 被扶養者でなくなった理由（就職・収入増加・離婚・死亡…等）を記載してください。
・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。
・海外特例要件	: 海外特例要件該当・非該当のいずれかを○で囲み、理由をご記入ください。海外特例要件非該当で国内転入の場合は転入した日をご記入ください。
・備考	: 住所や資格確認書発行理由等、記載事項がある場合のみご記入ください。
・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。
・資格確認書の発行要否	: 資格確認書の発行が必要な場合（※）は、「発行が必要」の口に✓を付してください。 ※以下に該当する場合に限ります。 ・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 上記以外で、特別な事情（介護や障がい等）があり資格確認書の発行が必要な場合は、理由を備考欄にご記入ください。

添付書類

○別紙「被扶養者認定届等添付書類一覧表」をご確認ください。