

# 健康保険被扶養者異動届

令和 年 月 日 提出

受付年月日

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	( )	

受付年月日
-------

被保険者欄	①被保険者等記号	②被保険者等番号	④生年月日			⑤性別	⑥標準報酬月額	⑦取得年月日				
			5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	男・女	千円	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日
	③被保険者氏名						⑧被保険者住所					

被扶養者欄1	⑨ 氏名		(フリガナ) (氏) (名)		⑩個人番号				備考								
	⑪性別		男・女		⑫続柄		⑬生年月日		5.昭和 7.平成 9.令和								
	⑭年齢	歳	⑮職業	⑯年収	円	⑰住所		別居の場合は住所を記入 〒									
	⑱扶養開始年月日		令和	年	月	日	⑲理由		⑳組合使用欄		㉑扶養開始年月日		令和	年	月	日	㉒資格確認書 発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要 ※1
	㉓扶養削除年月日		令和	年	月	日	㉔理由		㉕組合使用欄		㉖扶養削除年月日		令和	年	月	日	

被扶養者欄2	⑨ 氏名		(フリガナ) (氏) (名)		⑩個人番号				備考								
	⑪性別		男・女		⑫続柄		⑬生年月日		5.昭和 7.平成 9.令和								
	⑭年齢	歳	⑮職業	⑯年収	円	⑰住所		別居の場合は住所を記入 〒									
	⑱扶養開始年月日		令和	年	月	日	⑲理由		⑳組合使用欄		㉑扶養開始年月日		令和	年	月	日	㉒資格確認書 発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要 ※1
	㉓扶養削除年月日		令和	年	月	日	㉔理由		㉕組合使用欄		㉖扶養削除年月日		令和	年	月	日	

被扶養者欄3	⑨ 氏名		(フリガナ) (氏) (名)		⑩個人番号				備考								
	⑪性別		男・女		⑫続柄		⑬生年月日		5.昭和 7.平成 9.令和								
	⑭年齢	歳	⑮職業	⑯年収	円	⑰住所		別居の場合は住所を記入 〒									
	⑱扶養開始年月日		令和	年	月	日	⑲理由		⑳組合使用欄		㉑扶養開始年月日		令和	年	月	日	㉒資格確認書 発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要 ※1
	㉓扶養削除年月日		令和	年	月	日	㉔理由		㉕組合使用欄		㉖扶養削除年月日		令和	年	月	日	

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

**※1 資格確認書の発行できる方は以下に該当する者に限ります。**

- 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

常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	担当

※削除する場合は、⑩の個人番号(マイナンバー)・⑮職業・⑯年収・⑳住所の記入不要です。  
㉓組合使用欄は記入しないでください。

## 記入方法

### ○被保険者欄

- ①健康保険被保険者等記号(健康保険の事業所記号)を記入ください。
- ②被保険者等番号を記入ください。
- ③氏名を記入ください。
- ④該当する年号に○をし、生年月日を正確に記入ください。
- ⑤該当するものを○で囲んでください。
- ⑥被保険者の申請時の標準報酬月額を記入ください。
- ⑦被保険者の資格取得年月日を記入ください。
- ⑧住民票の住所を記入ください。

### ○被扶養者欄

- ⑨氏名を記入ください。(住民票に登録されているものと同一氏名)
- ⑩本人確認を行ったうえで、個人番号(マイナンバー)を記入ください。
- ⑪該当するものを○で囲んでください。
- ⑫被保険者との続柄を「夫」、「妻」、「長男」、「長女」、「父」、「母」等と記入ください。
- ⑬該当する年号に○をし、生年月日を正確に記入ください。
- ⑭申請時の年齢を記入ください。
- ⑮「無職」、「パート」、「学生」、「年金受給者」等と記入ください。
- ⑯今後1年間の年収見込額を記入ください。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。
- ⑰扶養開始日・⑱扶養開始理由を記入または該当を○で囲んでください。(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。)
- ⑲扶養削除日・㉑扶養削除理由を記入または該当を○で囲んでください。(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記)
- ㉒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、㉒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。
- ㉔資格確認書の発行が必要な場合(※1)は「発行が必要」にチェックを入れてください。

※1資格確認書の発行は以下に該当する場合に限りです。

- 1.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
- 2.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
- 3.マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

◎健康保険法上の被扶養者とは、被保険者の収入によって生計が維持されている者をいいます。

◎被扶養者に収入がある場合、年間収入の見込みが130万円未満《日額3,612円未満》・(60歳以上または障害年金受給者は180万円未満《日額5,000円未満》)であること。  
(但し、その金額が被保険者の年間収入の2分の1未満であること。)

**添付書類につきましては添付書類一覧を参考にしてください。**  
**※認定対象者の状況に応じて、添付書類一覧に記載があるものとは別の添付書類をお願いする場合がございます。**