

事業主の明証	この届書記載事項は事実と相違ありません
所在地	
名称	
事業主名	
電話	

健康保険 被扶養者 (新規異動) 届

常務理事	事務長	部長	課長	合議	係

被保険者証の記号番号	記号	番号	令和 年 月 日提出																			
被保険者の氏名	フリガナ	性別	男・女	被保険者の生年月日	元号	年	月	日	職場名	職名												
被保険者の資格取得年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	現在の被保険者の標準報酬月額	千円	被保険者の住所															
増減別	被扶養者の氏名	性別	生年月日	続柄	職業及び収入	同居・別居の別	別居の場合の住所	扶養開始年月日	扶養終了年月日	扶養開始または終了の理由	証回収区分											
増・減	フリガナ	男・女	昭和 平成 令和	年	月	日		同・別		令和	月	日	令和	月	日	1.本人取得 2.出生 3.婚姻 4.収入増減 5.被扶養者変更 6.離職 7.就職 8.離婚 9.その他 10.死亡(令和 年 月 日)	1.添付 2.紛失 3.返不能					
増・減	フリガナ	男・女	昭和 平成 令和	年	月	日		同・別		令和	月	日	令和	月	日	1.本人取得 2.出生 3.婚姻 4.収入増減 5.被扶養者変更 6.離職 7.就職 8.離婚 9.その他 10.死亡(令和 年 月 日)	1.添付 2.紛失 3.返不能					
増・減	フリガナ	男・女	昭和 平成 令和	年	月	日		同・別		令和	月	日	令和	月	日	1.本人取得 2.出生 3.婚姻 4.収入増減 5.被扶養者変更 6.離職 7.就職 8.離婚 9.その他 10.死亡(令和 年 月 日)	1.添付 2.紛失 3.返不能					
増・減	フリガナ	男・女	昭和 平成 令和	年	月	日		同・別		令和	月	日	令和	月	日	1.本人取得 2.出生 3.婚姻 4.収入増減 5.被扶養者変更 6.離職 7.就職 8.離婚 9.その他 10.死亡(令和 年 月 日)	1.添付 2.紛失 3.返不能					

- 届書は本書(正のみ)ご提出ください。 ※副は被扶養者異動確認通知書として、健保組合が作成、送付いたします。
- 被扶養者の削除については、個人番号(マイナンバー)欄の記入は不要です。
- 記入の方法は裏面に記載してありますのでご覧ください。

受付印

確認印

☆ 説 明

この届出書は、次のいずれかに該当したときに事業主を経由して5日以内に提出してください。

ア. 被保険者がはじめて被扶養者を有するようになったとき。

イ. 届出をしてある被保険者について被扶養者がさらに増えたとき、または減ったとき。

☆ 記入上の注意

ア. 上記のアに該当するものであるときは届書の標記のうち異動の文字を抹消すること、またイに該当するものであるときは新規の文字を抹消してください。

イ. 増減別および扶養開始または終了の理由は該当事項を○で囲んでください。

ウ. 続柄欄については、「妻」、「義母」、「長男」、「長女」、「養子」などと記入してください。

エ. 扶養終了年月日欄は、死亡の場合は死亡日の翌日を、それ以外の場合は被扶養者でなくなった日付を記入してください。

☆ 届書に添えなければならない書類

一般的にみて被扶養者であることに疑問の生じやすい者については、被扶養者であるかどうかを健保組合が認定するのに必要な証明書などを届書に添えて提出してください。

なお、これについて例をあげて示せば次のとおりである。

ア. 年齢が16歳以上であって高等学校または大学に在学中の者……………在学証明書又は学生証の写

イ. 年齢が16歳以上であって各種学校に在学中の者……………在学証明書又は学生証の写

ウ. 年齢が16歳以上60歳未満であって病気または身体障害により労働できない者……………内科患者は医師の診断書又は証明書(身体障害者にあつては手帳の番号と傷病名を記したものと年金額の証明)

エ. 直系尊属、配偶者および子以外の3親等内の親族(兄弟、叔父母など)……………住民票の謄本と収入額の証明(給料、年金等)

☆ 被扶養者の削除について

就職等により被扶養者でなくなったときは、その方の被保険者証(被扶養者用)を添付してください。やむを得ず被保険者証(被扶養者用)を添付できない場合は、「健康保険被保険者証滅失届」もしくは「健康保険被保険者証回収不能届」を添付してください。