

健康保険被扶養者（異動）届

被 保 険 者 欄	被保険者の記号	被保険者の番号	生年月日	5.昭和	年	月	日	備考	
	氏名	(フリガナ)	(名)	取得年月日	5.昭和	年	月	日	収入 (年収) 円
		(氏)		7.平成					
				9.令和					
住民票住所				〒 _____ ー _____					

被 扶 養 者 欄	(フリガナ)	(名)	生年月日	5.昭和	年	月	日	性別	1.男 2.女			
	氏名	(氏)	(名)	個人番号 (マイナンバー)								
職業		収入 (年収) 円	住民票 住所	1.同居 別居の場合 〒 _____ ー _____				備考				
				2.別居								
被扶養者になった日		9.令和	年	月	日	被扶養者から除かれた日		9.令和	年	月	日	理由

被 扶 養 者 欄	(フリガナ)	(名)	生年月日	5.昭和	年	月	日	性別	1.男 2.女			
	氏名	(氏)	(名)	個人番号 (マイナンバー)								
職業		収入 (年収) 円	住民票 住所	1.同居 別居の場合 〒 _____ ー _____				備考				
				2.別居								
被扶養者になった日		9.令和	年	月	日	被扶養者から除かれた日		9.令和	年	月	日	理由

被 扶 養 者 欄	(フリガナ)	(名)	生年月日	5.昭和	年	月	日	性別	1.男 2.女			
	氏名	(氏)	(名)	個人番号 (マイナンバー)								
職業		収入 (年収) 円	住民票 住所	1.同居 別居の場合 〒 _____ ー _____				備考				
				2.別居								
被扶養者になった日		9.令和	年	月	日	被扶養者から除かれた日		9.令和	年	月	日	理由

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

事業所所在地	〒 _____ ー _____
事業所名称	
事業主氏名	(印)
電話番号	(_____)

年 月 日提出

受 付 年 月 日

記入方法

○被保険者欄

- ・被保険者記号・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。
- ・標準報酬月額 : 被保険者の申請時の標準報酬月額をご記入ください。
- ・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。
- ・住民票住所 : 住民票の住所を正確にご記入ください。
住民票上の住所はマイナンバーカードや住民票で確認が可能です。

○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(マイナンバー) : 本人確認を行ったうえで、個人番号(マイナンバー)12桁をご記入ください。
- ・住民票住所 : 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。
- ・備考 : 被扶養者情報に変更がある場合は、変更の内容とその理由をご記入ください。
- ・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。