

健康保険被扶養者(異動)届

令和 年 月 日 提出

事業主記入欄	事業所名称		事業主氏名	
	事業所所在地	※事業所記入欄		
	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 <u>控除対象配偶者・扶養親族であることを確認しました。</u>	
	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。		

受付年月日

社会保険労務士記入欄	
------------	--

被保険者欄	被保険者等 記号・番号		33・100		生年 月日	昭 平 令	0	1	0	4	0	1	性別	男 女	標準報酬 月額	260	千円	年収	500万	円
	氏名	(フリガナ) ケンコウ	(タロウ)	取得 年月日	昭 平 令	2	0	0	4	0	1	住所	〒380 - 0836 長野市南県町〇〇〇一〇							

被扶養者になった場合は「該当」、被扶養者でなくなった場合は「非該当」、氏名や住所などの変更の場合は「変更」を○で囲んでください。

被扶養者欄1	氏名		(フリガナ) ケンコウ (氏)	(名) ハナコ		個人番号		☐ ☐ ☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐														
			健康		花子		生年月日		☒ 昭令	0	3	0	5	0	1	性別	☒ 男	☒ 女	続柄	妻		
	住所		〒 386 — 0041				1.同居 ②別居		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		海外特例要件該当		理由		1.留学 3特 2.同行家族 4海			
			上田市秋○○○										海外特例要件非該当		理由		1.国内転入(令和2.)その他()					
	☒ 該当	被扶養者になった日	令和	0	6	0	5	0	1	職業	1.無職 ②パート 2.年金受給者			4.小・中学生以下 5.高・大学生(年生) 6.その他()			年収	1,000,000円		理由	1.出離 ③収入減	
	☐ 非該当 ☐ 変更	被扶養者でなくなった日	令和							理由	1.死亡 4後期高齢者 2.就職 5その他() 3.収入増加			備考	※続柄確認済み □		資格確認書発行要否	□ 発行之必要あり				

マイナ保険証をお持ちでない人※は、資格確認書を発行するので、チェックをお願いします。

[illegible][illegible]

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

※被扶養者の「該当」と「非該当(変更)」は同時に提出できません。「該当」、「非該当」、「変更」

扶養に関する申立書(添付書類の内容について補足する事項がある場合に記入してください)

※マイナ保険証をお持ちでない人とは、マイナンバーカードを取得していない人、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人などです。
詳しくは、健康保険組合(026-236-3456)へお問い合わせください。

申立の事実と相違ありません。 氏名