

健康保険被扶養者（異動）届

令和 年 月 日提出

決 裁		
常務理事	事務長	担当者

被 保 険 者	被 保 険 者 証	記号 番号	氏 名 (自書)	(フリガナ)	生 年 月 日	昭 平 令	年 月 日	性 別	男・女
	住 所					資 格 取 得 年 月 日	昭 平 令	年 月 日	

	氏 名	性 別	生 年 月 日	続 柄	職 業	年金以外の 年間収入見込	年金受取額	同居 別居	扶養開始又は終了の 年月日	扶養開始・終了の理由	そ の 他
被 扶 養 者	(フリガナ)	男	昭 平 令 年 月 日			円	円	同居 ・ 別居	昭 平 令 年 月 日 開始・終了		① 子供の夫婦共同扶養の場合 夫婦各々の年間収入を記入 してください。 被保険者 _____ 円 配偶者 _____ 円 ② 退職による扶養の場合は雇 用保険受給の有無を記入して ください。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(フリガナ)	女	昭 平 令 年 月 日			円	円	同居 ・ 別居	昭 平 令 年 月 日 開始・終了		
	(フリガナ)	男	昭 平 令 年 月 日			円	円	同居 ・ 別居	昭 平 令 年 月 日 開始・終了		
	(フリガナ)	女	昭 平 令 年 月 日			円	円	同居 ・ 別居	昭 平 令 年 月 日 開始・終了		
	(フリガナ)	男	昭 平 令 年 月 日			円	円	同居 ・ 別居	昭 平 令 年 月 日 開始・終了		
	(フリガナ)	女	昭 平 令 年 月 日			円	円	同居 ・ 別居	昭 平 令 年 月 日 開始・終了		

上記のとおりであることを証明します。	事 業 主 認 定 印
令和 年 月 日	

- 注 意**
1. この届書を提出するときは健康保険証を添付してください。(資格取得時を除く)
 2. 続柄欄には、「妻、内縁の妻、長男、実父、妻の実父、孫、養母、妻の姉、弟」等、詳しく記入してください。
 3. 職業欄には、「無職、パート、年金受給者、小・中学生以下、高・大学生」等と記入してください。
 4. 収入のある者は年間収入見込額、年金受給者は年金受取予定額(年額)を記入してください。
 5. 扶養の理由欄には、扶養することになった、又は扶養しなくなった理由として「出生／死亡、離職／就職、収入減／収入増、同居、養子縁組」等の事実を具体的に記入してください。
 6. 海外特例要件の場合には、扶養の理由欄に、特例該当要件として「留学、同行家族、特定活動、海外婚姻」等、特例要件非該当として「国内転入」と記入してください。

◎被扶養者資格の要件を欠くようになった時に届出を怠り保険給付を受けた場合は、その給付に要した費用の全部又は一部を被保険者から徴収します。

令和6年4月改定