

健康保険被扶養者(異動)届

当該届は、必ず事実に基づき記入してください。(万一、虚偽の申請により被扶養者認定を受けたことが判明した場合は、遡って認定を取り消し、医療費等の給付金も返還していただくことになります。)

提出期日	異動を生じた日から5日以内
提出先	事業主経由で健康保険組合へ

決裁日	常務理事	事務長	部長	課長	担当者

被保険者等記号・番号	レングウ タロウ	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 50年3月31日生 <input type="checkbox"/> 平成	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
50 100	(フリガナ) 被保険者氏名 連合 太郎				
被保険者住民票住所	〒 530 - 0000 大阪市北区〇〇町〇-△-□	資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 6年12月1日 <input type="checkbox"/> 令和	標準報酬月額	410 千円
	連絡先 (06) 1234 - 5678				

増減の別	フリガナ 被扶養者氏名	性別	生年月日	注① 続柄	注② 職業	同居・別居	注③ 収入(月平均)	扶養し始めた日又は扶養でなくなった日	注④ 理由	認定年月日 削除年月日
<input checked="" type="checkbox"/> 増	レングウ ハナコ 連合 花子	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 50年8月1日 <input type="checkbox"/> 令和	妻	アルバイト	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	65,000	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 6年12月1日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	被保険者の取得	年 月 日 年 月 日
<input type="checkbox"/> 減	個人番号(マイナンバー12桁) ※扶養増(追加)の場合のみ記入			被扶養者住民票住所	〒 -	同上		注⑤ 資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要	
1 2 3 4 5 6 7 8 1 2 3 4										
<input checked="" type="checkbox"/> 増	レングウ ケンタ 連合 健太	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 16年1月24日 <input type="checkbox"/> 令和	長男	大学2年生	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	0	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 6年12月1日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	被保険者の取得	年 月 日 年 月 日
<input type="checkbox"/> 減	個人番号(マイナンバー12桁) ※扶養増(追加)の場合のみ記入			被扶養者住民票住所	〒 100 - 0000	東京都千代田区〇〇町〇-△-□		注⑤ 資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要	
5 6 7 8 1 2 3 4 5 6 7 8										
<input type="checkbox"/> 増		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年 月 日 年 月 日
<input type="checkbox"/> 減	個人番号(マイナンバー12桁) ※扶養増(追加)の場合のみ記入			被扶養者住民票住所	〒 -			注⑤ 資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要	

上記のとおり、被保険者から被扶養者に関する届出がありましたので提出します。

令和 6年12月1日 提出

〒 530 - 0000

事業所所在地 大阪市北区〇町 〇-〇-〇

事業所名称 丸紅〇〇××株式会社

事業主氏名 山田 〇男

【注意事項】

- 続柄欄は、妻、長男、長女、実父、義母、兄、妹など詳しく記入してください。
- 職業欄は、その実態がわかるように、主婦、無職、年金受給者、パート、アルバイト、幼児、小学5年生、大学3年生などと記入してください。
- 収入欄は、パート給与、年金額、不動産収入などの月平均額を記入してください。なお、対象となる収入には、非課税対象となる障害・遺族年金、失業給付、傷病手当金なども含まれます。
- 理由欄は、結婚、出生、失業、就職、離婚、死亡などの事実を具体的に記入してください。
- 資格確認書の発行が必要な場合(以下に該当する場合に限る)は、「発行が必要」の口に✓を付してください。
 - 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

※ 認定対象者の状態により、照会及び各種証拠書類の提出をお願いすることがありますのでご了承ください。

※ 被扶養者から削除する届出をする場合は、その方の被保険者証を必ず添付(返却)してください。

受付日付