

健康保險被扶養者(異動)屆

令和 年 月 日 提出

事業 主 記 入 欄	事業所 所在地	
	事業所 名 称	
<input type="checkbox"/> 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。		事業所担当者氏名 ()

承認 同	年	月	日	決裁
	常務理事	事務長	担当者	

被 保 險 者 欄	被保険者等 記号・番号			生年 月日	昭・平・令		年	月	日	性別	男・女	年収		円	所属名	
	氏名	(フリガナ) (氏)		(名)		取得 年月日	昭・平・令		年	月	日	住民票 住所	〒	一		

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。

初めての扶養認定申請の場合は、事業主の指示に従って、必ず個人番号を届出してください。

(マイナ保険証によるオンライン資格確認ができない状況にある場合は、「資格確認書発行を否欄」の「発行が必要」にチェックし、申請理由番号に○を付してください。)

被扶養者欄 1	氏名 (氏) (名)	個人番号							個人番号は 事業主へ届出済												
		生年 月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女	続柄												
	住民票 住所	元 一							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 2.同行家族			3.特定活動 4.海外婚姻等			5.その他 ()	
海外特例要件 非該当		理由	1.国内転入(令和 年 月 日)			2.その他()															
該當	被扶養者に なった日	令和	年	月	日	職業	1.無職 2.パート 3.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	円	理由	1.出生 2.離職 3.収入減			4.同居 5.その他 ()						
	非該當 変更	被扶養者で なくなった日	令和	年	月	日	理由	1.死亡 2.就職 3.収入増加			4.後期高齢者 5.その他()	備考	変更の場合 内容・理由等を記入			資格確認書 発行要否			□ 発行が必要 申請理由 1・2・3・4		

申請理由:マイナンバーカードの

取得をしていない(返納を含む)
健康保険証利用登録をしていない
電子証明書の有効期限切れ
医療機関受診には第三者(介助者など)のサポートが必要

申請理由:マイナンバーカードの

取得をしていない(返納を含む)
健康保険証利用登録をしていない
電子証明書の有効期限切れ
医療機関受診には第三者(介助者
など)のサポートが必要

申請理由

マイナンバーカードの
取得をしていない(返納を含む)
健康保険証利用登録をしていない
電子証明書の有効期限切れ
医療機関受診には第三者(介助者)

被保険者の配偶者が被扶養者ではないとき(例: 夫婦共に同一扶養主の名義に入居している)	配偶者の年収見込額
--	-----------

△被申告者の「販当」、「北斎光（変更）」は同時に提出する上、「販当」、「北斎光」、「変更」はそれぞれ別の用紙で提出して下さい。

1. 二の届出は被扶養者に異動が生じたときから5日以内に提出してはいけない。

異動日、収入等を証明する書類を添付して下さい。

2.被扶養者による場合は、「被扶養者認定」に必要な提出書類「見衣表」を参照し、勤務日、収入等を証明する。

受付年月日

記入方法

○被保険者欄

- ・被保険者等記号・番号 : 資格取得時に払い出しされた被保険者等記号・番号をご記入ください。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。
- ・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。
- ・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。
- ・住所 : 住民票の住所をご記入ください。

○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 : 本人確認を行ったうえで、事業主の指示に従い個人番号を届出てください。事業主へ届出後、□に✓し提出下さい。
- ・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、「備考欄」に居所をご記入ください。住民票住所と居所が同じ場合は居所の記入は不要です。なお、海外居住者については、国内における協力者住所(親族、被保険者の勤務先住所等)を方書きも含めてご記入の上、「備考」欄に海外居住先の住所及び国内協力者が親族の場合は氏名及び続柄をご記入ください。
- ・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)も含みます。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。
- ・海外特例要件 : 海外特例要件該当・非該当のいずれかを○で囲み、理由をご記入ください。海外特例要件非該当で国内転入の場合は転入した日をご記入ください。
- ・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。
- ・資格確認書の発行要否 : 資格確認書の発行が必要な場合(※)は、「発行が必要」の□に✓を、申請理由に○を付してください。
※以下に該当する場合に限ります。
 - 1.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
 - 2.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者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
 - 3.マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者
 - 4.マイナ保険証による受診には第三者(介助者)などのサポートが必要