健康保険 被扶養者（異動）届

令和 6 年 2 月 1 日 提出

事業主記入欄		
事業所所在地	〒524-0104 滋賀県 守山市 木浜町 1111	
事業所名称	健保 株式会社	
事業主氏名	代表取締役 健保 二郎	
電話番号	077 (246) 1357	
事業主確認欄 ※必ず確認のうえ、○で囲んでください。	(確認)	申請者本人（被保険者）が作成した、または記載内容について誤りがないかを申請者本人（被保険者）が確認しています。
	(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。

被保険者欄										
被保険者記号	567	被保険者番号	21	生年月日	(昭)・平・令	6年	2月	10日	性別	(男)・女
年収	3,000,000 円									
氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ	(氏) 健保	(名) 太郎	取得年月日	昭・(平)・令	28年	4月	1日	住所	〒524-0104 滋賀県 守山市 木浜町 2298-1
被保険者の配偶者が被扶養者ではない場合(夫婦共働き等)は記入してください。									配偶者の年収見込額	円

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) ケンポ ハナコ	(氏) 健保	(名) 花子	個人番号	09876543210 0					
生年月日	(昭)・平・令	63年	12月	03日	性別	男・(女)	続柄	妻		
住所	〒 ー	(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.特定活動 5.その他（ ） 2.同行家族 4.海外婚姻等			
					(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（ ）			
(該当)	被扶養者になった日	令和 06年02月01日	理由	1.出生 2.離職 (3.収入減) 4.婚姻 5.被保険者の資格取得 6.その他（ ）	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	1,000,000 円		
(非該当) (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.離婚 5.後期高齢者 6.その他（ ）	備考（居所）					

被扶養者欄2

氏名	(フリガナ) ケンポ コタロウ	(氏) 健保	(名) 小太郎	個人番号	1234567891 23					
生年月日	昭・平・(令)	06年	02月	01日	性別	(男)・女	続柄	長男		
住所	〒 ー	(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.特定活動 5.その他（ ） 2.同行家族 4.海外婚姻等			
					(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（ ）			
(該当)	被扶養者になった日	令和 06年02月01日	理由	(1.出生) 2.離職 3.収入減 4.婚姻 5.被保険者の資格取得 6.その他（ ）	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	0 円		
(非該当) (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.離婚 5.後期高齢者 6.その他（ ）	備考（居所）					

被扶養者欄3

氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	個人番号						
生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女	続柄			
住所	〒 ー	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.特定活動 5.その他（ ） 2.同行家族 4.海外婚姻等			
					(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（ ）			
(該当)	被扶養者になった日	令和 年 月 日	理由	1.出生 2.離職 3.収入減 4.婚姻 5.被保険者の資格取得 6.その他（ ）	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		
(非該当) (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.離婚 5.後期高齢者 6.その他（ ）	備考（居所）					

社会保険労務士記入欄

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し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。
・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。
・取得年月日　：被保険者の資格取得年月日をご記入ください。
・住所　：住民票の住所をご記入ください。
・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。

○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。
・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。
・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、個人番号をご記入ください。
・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。
・理由　：被扶養者となった理由を○で囲んでください。
・職業　：現在の職業を○で囲んでください。
・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(傷病・出産手当金、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。
・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。