

健康保険被扶養者(異動)届

令和 年 月 日提出

事業主記入欄	事業所整理記号		
	事業所所在地	届出記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒 -	
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電話番号	()	

厚生労働省より令和元年8月30日事務連絡にて、被保険者本人による署名又は押印を省略することが出来ることになりましたが、事業所にて作成する場合は、必ず被保険者氏名を入力してください。
(注意)申請書下部の確認欄を必ず確認し、該当項目にチェック☑を入れてください。

被保険者欄	①被保険者整理番号	②氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③生年月日	昭和 平成	年	月	日	④性別	男	女
	⑤取得年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	⑥収入(年収)	円	⑦住民票住所	〒 -	

配偶者である被扶養者欄	①氏名 (フリガナ) (氏) (名)	②生年月日	昭和 平成	年	月	日	③続柄	夫	妻	
	④個人番号	令和2年4月より被扶養者認定に国内居 住要件が追加されました		⑤住所欄で「海外」を選択された場合には、新規の場合には下記⑤-1海外特例要件理由を選択してください。提出時には確認書類が必要です。						
	⑤住民票住所	同居	別居	〒 -		⑤-1海外特例要件理由		1.留学 2.同行家族 3.特定活動 4.海外婚姻 5.その他 その他理由		
	⑥被扶養者になった日	令和	年	月	日	⑦理由	1.配偶者の就職 2.婚姻 3.離職 4.収入減少 5.国内転入 6.その他 その他理由	⑧職業等	⑨収入(年収)	円
⑩被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	⑪理由	1.死亡(死亡日: 年 月 日) 2.離婚 3.就職・収入増加 4.75歳到達 5.障害認定 6.海外移住 7.その他()	⑫保険証添付	有	無	⑬その他の添付

被扶養者でない配偶者を有するときに記入してください。 配偶者の収入(年収) 円

その他の被扶養者欄1	①氏名 (フリガナ) (氏) (名)	②生年月日	昭和 平成	年	月	日	③性別	男	女	続柄
	④個人番号	令和2年4月より被扶養者認定に国内居 住要件が追加されました		⑤住所欄で「海外」を選択された場合には、新規の場合には下記⑤-1海外特例要件理由を選択してください。提出時には確認書類が必要です。						
	⑤住民票住所	同居	別居	〒 -		⑤-1海外特例要件理由		1.留学 2.同行家族 3.特定活動 4.海外婚姻 5.その他()		
	⑥被扶養者になった日	令和	年	月	日	⑦理由	1.配偶者の就職 2.婚姻 3.離職 4.収入減少 5.国内転入 6.その他 その他理由	⑧職業等	⑨収入(年収)	円
⑩被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	⑪理由	1.死亡(死亡日: 年 月 日) 2.離婚 3.就職・収入増加 4.75歳到達 5.障害認定 6.海外移住 7.その他()	⑫保険証添付	有	無	⑬その他の添付

その他の被扶養者欄2	①氏名 (フリガナ) (氏) (名)	②生年月日	昭和 平成	年	月	日	③性別	男	女	続柄
	④個人番号	令和2年4月より被扶養者認定に国内居 住要件が追加されました		⑤住所欄で「海外」を選択された場合には、新規の場合には下記⑤-1海外特例要件理由を選択してください。提出時には確認書類が必要です。						
	⑤住民票住所	同居	別居	〒 -		⑤-1海外特例要件理由		1.留学 2.同行家族 3.特定活動 4.海外婚姻 5.その他()		
	⑥被扶養者になった日	令和	年	月	日	⑦理由	1.配偶者の就職 2.婚姻 3.離職 4.収入減少 5.国内転入 6.その他 その他理由	⑧職業等	⑨収入(年収)	円
⑩被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	⑪理由	1.死亡(死亡日: 年 月 日) 2.離婚 3.就職・収入増加 4.75歳到達 5.障害認定 6.海外移住 7.その他()	⑫保険証添付	有	無	⑬その他の添付

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)

申立の事実と相違ありません。 氏名

確認欄	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
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
<input type="checkbox"/>	② 記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している

受付印

社会保険労務士記載欄	氏名等
------------	-----

健康保険被扶養者(異動)確認通知書

事業主	事業所整理記号	0 0 0							
	事業所所在地	〒 0 - 0							
	事業所名称	0							
	事業主氏名	0							
電話番号	0 (0) 0								

被保険者欄	①被保険者整理番号	0		(フリガナ) ②氏名	(氏) 0 (名) 0			③生年月日	0 0 0 0 0 0 0 0			④性別	男女	
	⑤取得年月日	昭和 平成		0 0 0 0 0 0 0 0	⑥収入(年収)	0		円	⑦住所	〒 0 - 0				

配偶者である被扶養者欄	(フリガナ) ①氏名	(氏) (名)			②生年月日	昭和 平成			③性別(続柄)	0						
	④個人番号	〒 -														
	⑤住所	同居 別居						⑤-1 海外特例要件理由	#REF!		#REF!					
	⑥被扶養者になった日	令和		年	月	日	⑦理由	#REF!			⑧職業等	0		⑨収入(年収)	円	
	⑩被扶養者でなくなった日	#REF!		年	月	日	⑪理由	#REF! # # # # # #			保険証添付	有 無		その他の添付	#REF!	
被扶養者でない配偶者を有するときに記入してください。				配偶者の収入(年収)				円								

その他の被扶養者欄 1	(フリガナ) ①氏名	(氏) (名)			②生年月日	0			③性別(続柄)	男女 続柄 #REF!						
	④個人番号	〒 -														
	⑤住所	同居 別居						⑤-1 海外特例要件理由	#REF!		#REF!					
	⑥被扶養者になった日	0		年	月	日	⑦理由	0			⑧職業等	0		⑨収入(年収)	円	
	⑩被扶養者でなくなった日	0		年	月	日	⑪理由	0			保険証添付	0		その他の添付	#REF!	

その他の被扶養者欄 2	(フリガナ) ①氏名	(氏) (名)			②生年月日	0			③性別(続柄)	0 続柄						
	④個人番号	〒 -														
	⑤住所	同居 別居						⑤-1 海外特例要件理由	#REF!		#REF!					
	⑥被扶養者になった日	0		年	月	日	⑦理由	0			⑧職業等	0		⑨収入(年収)	円	
	⑩被扶養者でなくなった日	0		年	月	日	⑪理由	0			保険証添付	0		その他の添付	#REF!	

確認欄	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
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
<input type="checkbox"/>	② 記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している

