

# 健康保険 被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	課長	担当者

令和 年 月 日 提出

事業主記入欄	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒 -
	事業主等受付年月日	令和 年 月 日

社会保険労務士記載欄
氏名等

受付日付印

A 被保険者欄	① 被保険者 記号 900	② (フリガナ) 氏名	③ 生年月日 5. 昭和 7. 平成 年 月 日	④ 性別 1. 男 2. 女
	⑥ 住民票住所 〒 -	⑦ 資格取得年月日 9. 令和 年 月 日	⑧ 収入(年収) 円	

配偶者が被扶養者になった場合は「該当」を、被扶養者でなくなった場合は「非該当」を○で囲み、記入してください。

B 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 5. 昭和 7. 平成 年 月 日	③ 続柄 1. 夫 2. 妻 (未届) 3. 夫 (未届) 4. 妻 (未届)	
	④ 個人番号	⑤ 外国籍	⑥ (フリガナ) 外国人通称名	
	⑦ 住民票住所 同居・別居 〒 -	⑧ 電話番号	⑨ 1. 自宅 2. 携帯 3. 勤務先 4. その他	
	⑩ 被扶養者になった日 令和 年 月 日	⑪ 理由 1. 配偶者の就職 2. 婚姻 3. 離婚 4. 収入減少 5. その他	⑫ 職業 1. 無職 2. パート 3. 年金受給者 4. その他	⑬ 収入(年収) 円
	⑭ 被扶養者でなくなった日 (変更) 令和 年 月 日	⑮ 理由 1. 死亡(令和 年 月 日) 2. 離婚 3. 収入増加 4. 75歳到達 5. その他	⑯ ※ 資格確認書発行要否	⑰ 発行が必要 <input type="checkbox"/>

⑱ 被保険者の配偶者が被扶養者でないとき(例: 夫婦共働きの場合)は記入してください。	配偶者の収入見込み額(年収) 円
---	---------------------

配偶者以外の方が被扶養者になった場合は「該当」を、被扶養者でなくなった場合は「非該当」を○で囲み、記入してください。

C その他の被扶養者欄	① (フリガナ) 氏名 (氏) (名)	② 生年月日 5. 昭和 7. 平成 9. 令和 年 月 日	③ 性別 1. 男 2. 女	④ 続柄
	⑤ 個人番号	⑥ 住民票住所 同居・別居 〒 -	⑦ 居所 同居・別居 〒 -	
	⑧ 被扶養者になった日 令和 年 月 日	⑨ 理由 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 6. その他	⑩ 職業 1. 出生 2. 離職 3. 収入減 4. 同居 5. その他	⑪ 収入(年収) 円
	⑫ 被扶養者でなくなった日 (変更) 令和 年 月 日	⑬ 理由 1. 死亡 2. 就職 3. 収入増加 4. 75歳到達 5. 障害認定 6. その他	⑭ ※ 資格確認書発行要否	⑮ 発行が必要 <input type="checkbox"/>
	⑯ 海外特例要件に該当した日 令和 年 月 日	⑰ 理由 1. 留学 2. 同行家族 3. 特定活動 4. 海外婚姻 5. その他	⑱ 国内転入(令和 年 月 日) 理由	⑲ 認定欄

※資格確認書発行要否欄について 資格確認書の発行が必要な場合は、別途「資格確認書(再)交付申請書」を添付してください。