

# 健康保険被扶養者(異動)届

事業主記入欄	提出日	令和 年 月 日
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
担当者名		
下記の通り相違ないことを証明します		

健保使用欄	常務理事		事務長		担当者	
	受付日				備考 遅延理由書 不要・有・依頼中	
	処理日				証・確認書の回収 不要・有・依頼中	
	認定日					

被保険者欄	被保険者等記号と番号	記号	番号	生年月日	昭・平	年	月	日	資格取得年月日	昭	平・令	年	月	日	標準報酬月額	千円
	氏名	(カナ) (氏)	(名)	性別	男・女	現住所	〒				TEL	-	-			

被扶養者になる場合 : 個人番号を記入し、「該当」を○で囲んでください。

被扶養者でなくなる場合 : 個人番号は記入せず、「非該当」を○で囲んでください。

被扶養者欄1	氏名	(カナ) (氏)	(名)	性別	男・女	現住所	〒				TEL	-	-	(被保険者と同居の場合は記入不要)	同居・別居
	続柄	生年月日	昭・平・令	年	月	日	海外居住者又は海外から国内に入転した場合は右欄を記入してください。	海外特例要件	理由	1.留学 2.同行家族 3.特定活動 4.海外婚姻等 5.その他 ( )					
	個人番号	-	-	理由	1.国内転入 (令和 年 月 日) 2.その他 ( )										
	該当	扶養開始の日	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.高校生以上の学生 6.その他 ( )	理由	1.出生 2.結婚 3.離職 4.失業給付受給終了 5.収入減 6.その他 ( )	扶養控除申告の有無	有・無						
	非該当	扶養削除の日	令和 年 月 日	理由	1.就職 2.失業給付受給開始 3.収入増加 4.死亡 5.その他 ( )	備考	<input type="checkbox"/> 国保へ加入(証明書が必要)	資格確認書発行要否	下記⑦~⑨のいずれかに該当する場合に限りチェックを入れる <input type="checkbox"/> 発行が必要						

被扶養者欄2	氏名	(カナ) (氏)	(名)	性別	男・女	現住所	〒				TEL	-	-	(被保険者と同居の場合は記入不要)	同居・別居
	続柄	生年月日	昭・平・令	年	月	日	海外居住者又は海外から国内に入転した場合は右欄を記入してください。	海外特例要件	理由	1.留学 2.同行家族 3.特定活動 4.海外婚姻等 5.その他 ( )					
	個人番号	-	-	理由	1.国内転入 (令和 年 月 日) 2.その他 ( )										
	該当	扶養開始の日	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.高校生以上の学生 6.その他 ( )	理由	1.出生 2.結婚 3.離職 4.失業給付受給終了 5.収入減 6.その他 ( )	扶養控除申告の有無	有・無						
	非該当	扶養削除の日	令和 年 月 日	理由	1.就職 2.失業給付受給開始 3.収入増加 4.死亡 5.その他 ( )	備考	<input type="checkbox"/> 国保へ加入(証明書が必要)	資格確認書発行要否	下記⑦~⑨のいずれかに該当する場合に限りチェックを入れる <input type="checkbox"/> 発行が必要						

被扶養者欄3	氏名	(カナ) (氏)	(名)	性別	男・女	現住所	〒				TEL	-	-	(被保険者と同居の場合は記入不要)	同居・別居
	続柄	生年月日	昭・平・令	年	月	日	海外居住者又は海外から国内に入転した場合は右欄を記入してください。	海外特例要件	理由	1.留学 2.同行家族 3.特定活動 4.海外婚姻等 5.その他 ( )					
	個人番号	-	-	理由	1.国内転入 (令和 年 月 日) 2.その他 ( )										
	該当	扶養開始の日	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.高校生以上の学生 6.その他 ( )	理由	1.出生 2.結婚 3.離職 4.失業給付受給終了 5.収入減 6.その他 ( )	扶養控除申告の有無	有・無						
	非該当	扶養削除の日	令和 年 月 日	理由	1.就職 2.失業給付受給開始 3.収入増加 4.死亡 5.その他 ( )	備考	<input type="checkbox"/> 国保へ加入(証明書が必要)	資格確認書発行要否	下記⑦~⑨のいずれかに該当する場合に限りチェックを入れる <input type="checkbox"/> 発行が必要						

資格確認書発行要否欄:⑦~⑨のいずれかに該当する場合に限り、チェックを入れてください

- ⑦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
- ⑧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
- ⑨マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

提出先 被保険者 → 事業所担当者 → 森永健康保険組合

※「正」「副」用として、2枚をご提出ください