

| | |
|-------|------|
| 届書コード | 処理区分 |
| 1 0 4 | 届書 |

健康保険被扶養者（異動）届

| | | | |
|------|-----|----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係 |
| | | | |

正

◎ 網掛け部分の記入は必要ありません。ただし、この届書の3枚目の国民年金第3号被保険者本人の押印は不要です。被保険者本人以外の方の押印は省略することができます。なお、事業主が自ら署名する場合には、押印は省略できます。

◎ 事業主の押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。

◎ 3枚目の国民年金第3号被保険者にかかる届書を同時に提出する場合には、1枚目に加えて、3枚目に事業主印を必ず押印してください。

◎ 事業主が自ら署名する場合には、押印は省略できます。

| | | | | | | | | | |
|---------------------|--------------|----------------------------|---------------------------------|-------------------|-------------------------------|--|-------------------|---------------|--|
| ①事業所整理記号 ・事業所番号 | ②健康保険被保険者証番号 | ⑦被保険者の氏名 フリガナ (氏)(名) | ③生年月日 ★ 昭.5 年 月 日 平.7 合.9 | ④性別 ★ 男1 女2 | ④異動の別 ★ 追加1 削除2 (変更) | ⑤変更内容 (削除(変更)の場合) ★ 1. 死亡 2. 氏名変更(訂正) 3. 生年月日訂正 4. 性別訂正 5. その他 | ⑥資格取得年月日 年 月 日 | ⑧標準報酬月額 千円 | |
| ④ 基礎年金番号又は手帳記号番号 | | ④ 郵便番号 | ⑧ 被保険者の住所 ※住所コード (フリガナ) | | | ⑨備考 | | | |
| ④ 配偶者基礎年金番号又は手帳記号番号 | | ④ 共済番号表示 | ④ 郵便番号 | | | ④ 備考 | | | |
| ④ 配偶者基礎年金番号又は手帳記号番号 | | ④ 共済番号表示 | | ④ 郵便番号 | | | ④ 備考 | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------|-----------------------------|---------------------------------------|--------------------|--|------------------------|--|---|------------------------|------------------------------|------------------------|-------------------------|
| ④ 配偶者基礎年金番号又は手帳記号番号 | | ⑦ 生年月日(訂正後) ★ 昭.5 年 月 日 平.7 合.9 | ⑧ 手帳記号番号 | ⑩ 被扶養者(第3号被保険者)になった理由 ★ 1. 配偶者の就職 2. 婚姻 3. 離職 4. 収入減少 5. その他 () | | | ⑪ 被扶養者(第3号被保険者)でなくなった理由 ★ 1. 死亡(令和 年 月 日) 2. 離婚 3. 就職・収入増加 4. 775歳到達 5. 障害認定 6. その他 () | | | | |
| ④ 被扶養者番号 | ⑥ 被扶養者の氏名 フリガナ (氏)(名) | ⑦ 生年月日 ★ 昭.5 年 月 日 平.7 合.9 | ⑧ 性別 ★ 男1 女2 | ⑨ 続柄 | ⑩ 職業 | ⑪ 収入 | ⑫ 被扶養者になった日 年 月 日 | ⑬ 被扶養者でなくなった日 年 月 日 | ⑭ 被保険者証回収区分 ※ 添付返不能 減失 | ⑮ 備考 | ⑯ 個人番号 |
| ④ 郵便番号 | | ④ 住所 ※住所コード (フリガナ) | | | ④ 氏名変更(訂正)年月日 年 月 日 | ④ 外国人区分 ★ 0.日本人 1.米国人(強制) 2.1以外の外国人 | ④ 被扶養者通称名 (フリガナ) | | ④ 種別 | ④ 強制付番指定 ※ 1.強制付番指定 | ④ 年金手帳作成 ※ 1.年金手帳再交付 |

| | | |
|-----------------------------|-----------------|------------------|
| ④ 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 | ④ 配偶者の年間収入 円 | ④ 被保険者の年間収入 円 |
|-----------------------------|-----------------|------------------|

| ⑤ 被扶養者番号 | ⑥ 被扶養者の氏名 フリガナ (氏)(名) | ⑦ 生年月日 ★ 昭.5 年 月 日 平.7 合.9 | ⑧ 性別 ★ 男1 女2 | ⑨ 続柄 | ⑩ 職業 | ⑪ 収入 | ⑫ 被扶養者になった日 年 月 日 | ⑬ 被扶養者でなくなった日 年 月 日 | ⑭ 理由 | ⑮ 解除事由 | ⑯ 同居・別居の別 | ⑰ 住所地 (都道府県) | ⑱ 被保険者証回収区分 ※ 添付返不能 減失 | ⑲ 備考 ⑲ 個人番号 |
|----------|-----------------------------|----------------------------------|--------------------|------|------|------|----------------------|------------------------|------|---------------------|-----------|-----------------|------------------------------|----------------|
| ※ | フリガナ (氏)(名) | ★ 昭.5 年 月 日 平.7 合.9 | ★ 男1 女2 | ※ | | | 年 月 日 | 年 月 日 | | 1. 75歳到達 2. 障害認定 | 同居・別居 | ※ | ※ 添付返不能 減失 | |
| ※ | フリガナ (氏)(名) | ★ 昭.5 年 月 日 平.7 合.9 | ★ 男1 女2 | ※ | | | 年 月 日 | 年 月 日 | | 1. 75歳到達 2. 障害認定 | 同居・別居 | ※ | ※ 添付返不能 減失 | |
| ※ | フリガナ (氏)(名) | ★ 昭.5 年 月 日 平.7 合.9 | ★ 男1 女2 | ※ | | | 年 月 日 | 年 月 日 | | 1. 75歳到達 2. 障害認定 | 同居・別居 | ※ | ※ 添付返不能 減失 | |

(事業主が確認した場合に○を記入してください。)

| | |
|------|---|
| ○ 確認 | 収入に関する証明の添付が省略されている者は、所得税法上の控除対象配偶者・扶養親族であることを確認しました。 |
|------|---|

令和 年 月 日提出

上記のとおり被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します。

令和 年 月 日提出

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話 (局) 番

扶養に関する申立書
(添付書類が提出できない事情にある場合に記入してください。)

上記の事実と相違ありません。氏名

健康保険組合受付印