

扶養

健康保険 被扶養者（異動）届

Table with 4 columns: 常務理事, 担当者, etc.

令和 年 月 日提出

(R6.12)

受付日付印

Main application form with sections for '事業主記入欄' (Business Owner Entry) and '被保険者等' (Insured Persons).

社会保険労務士記載欄 | 氏名等 (Social Insurance Labor Consultant Entry | Name, etc.)

被保険者欄 (Insured Person Section) with fields for name, birth date, sex, residence, and income.

配偶者が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」、変更の場合は「変更」を○で囲んでください。

配偶者である被扶養者欄 (Spouse as Insured Person Section) with detailed fields for spouse information and changes.

配偶者以外の方が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」、変更の場合は「変更」を○で囲んでください。

その他の被扶養者欄 1 (Other Insured Person Section 1) with fields for name, birth date, sex, residence, and income.

その他の被扶養者欄 2 (Other Insured Person Section 2) with fields for name, birth date, sex, residence, and income.

※被扶養者の「該当」と「非該当（変更）」は同時にできません。「該当」、「非該当」、「変更」はそれぞれ別の用紙で提出してください。

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) (Application regarding support, with a note to add details if necessary).

申立の事実と相違ありません。

氏名

記入例 | 被扶養者（異動）届

令和 5 年 12 月 10 日提出

事業主記入欄	被保険者等整理記号	7 0 7 7	受付印	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。			
	事業主が確認した場合に ○で囲んでください	<input checked="" type="checkbox"/> 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。		
	事業所所在地	〒 111 - 1111 福井県〇〇市〇〇町1-2-3		
事業所名称	〇〇〇〇 株式会社			
事業主氏名	代表取締役社長 〇〇 〇〇〇			
電話番号	0776 (1234) 5678			
		社会保険労務士記載欄 氏名等		

被保険者欄	① 被保険者等整理番号	12	② 氏名	フリガナ ジハン タロウ 氏名 自販 太郎	③ 生年月日	令和 5 年 1 月 2 日 平成 7 年 1 月 2 日 昭和 9 年 1 月 2 日	④ 性別	① 男 ② 女
	⑤ 取得年月日	令和 5 年 2 月 2 日 平成 9 年 2 月 2 日	年 2 月 2 日	取得見込	住所	〒111 - 1111 福井県〇〇市〇〇〇 2-3-4		

配偶者である被扶養者欄	① 氏名	フリガナ ジハン ハナコ 氏名 自販 花子	② 生年月日	令和 6 年 2 月 3 日 平成 7 年 2 月 3 日 昭和 9 年 2 月 3 日	③ 性別	① 男 ② 女		
	④ 個人番号	5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6	⑤ 続柄	妻				
	⑥ 住民票の住所	同上 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	⑦ 住所	〒 -	⑧ 資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要		
	⑨ 被扶養者になった日	令和 0 5 年 1 月 2 日	⑩ 理由	1. 被保険者の就職 2. 収入減少 3. 離婚 4. 収入減少 5. その他 6. その他	⑪ 職業	1. 無職 2. パート 3. 年金受給者 4. その他	⑫ 収入(年収)	1,100,000 円
	⑬ 被扶養者でなくなった日	令和 年 月 日	⑭ 理由	1. 死亡(令和 年 月 日) 2. 離婚 3. 就職・収入増加 4. 75歳到達 5. 障害認定 6. その他	⑮ 備考			※ 続柄確認済み <input checked="" type="checkbox"/>
⑯ 当該届出書の提出年1月1日の住所	同上 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	都道府県	市区町村	⑰ 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。	配偶者の年収(収入)			

配偶者以外の方が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」、変更の場合は「変更」を○で囲んでください。

その他の被扶養者欄1	① 氏名	フリガナ ジハン イチロウ 氏名 自販 一郎	② 生年月日	令和 5 年 1 月 15 日 平成 7 年 1 月 15 日 昭和 9 年 1 月 15 日	③ 性別	① 男 ② 女		
	④ 個人番号	3456 7901 2345	⑤ 続柄	長男				
	⑥ 住民票の住所	同上 <input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	⑦ 住所	〒111 - 1234 大阪府大阪市〇〇区〇〇町1-2	⑧ 当該届出書の提出年1月1日の住所	同上 <input type="checkbox"/> 大阪 <input checked="" type="checkbox"/> 都道府県 大阪 市 〇 町		
	⑨ 被扶養者になった日	令和 0 5 年 1 月 2 日	⑩ 職業	1. 無職 2. パート 3. 年金受給者 4. 小・中学生以下 5. 大学生(年生) 6. その他	⑪ 収入(年収)	0 円	⑫ 理由	1. 出生 2. 離婚 3. 収入減 4. 同居 5. その他(養子縁組)
	⑬ 被扶養者でなくなった日	令和 年 月 日	⑭ 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	⑮ 備考		⑯ 資格確認書発行要否	<input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要

添付書類

◎ 添付書類については当健康保険組合のホームページをご確認いただくか、お電話等にてお問い合わせください。

日本年金機構へのお届けについて

厚生年金保険の被保険者（原則65歳未満）の被扶養配偶者（20歳以上60歳未満）は、国民年金の第3号被保険者となります。本届によって認定された前記年齢に該当する配偶者については、『国民年金第3号被保険者関係届』により日本年金機構へお届けください。詳しくは日本年金機構のホームページもしくは、事業所の所在地を管轄する年金事務所へお問い合わせください。

記入方法 | 被扶養者（異動）届

提出者 事業所整理記号は新規適用時に付された記号(4桁の番号)をご記入ください。
記入欄

<被保険者欄(第2号被保険者)> ①~④、⑥は必ずご記入ください。該当の場合は⑤をご記入ください。

- ① 被保険者等整理番号 資格取得時に払い出された被保険者整理番号をご記入ください。被保険者資格取得届と同時に提出する場合は記入不要です。
- ② 氏名 住民票に登録されている氏名をご記入ください。(フリガナはカタカナで正確にご記入ください。)
- ⑤ 取得年月日 被保険者が健康保険に加入した日付をご記入ください。『被保険者資格取得届』と同時に提出する場合は、『被保険者資格取得届』の取得年月日と同日になります。
- ⑥ 住所 住民票の住所をご記入ください。

<配偶者である被扶養者欄> ①～⑦、⑯は必ずご記入ください。該当の場合は⑧～⑫を、非該当・変更の場合は⑬～⑭をご記入ください。

① 氏名	住民票に登録されている氏名をご記入ください。（フリガナはカタカナで正確にご記入ください。）
⑤ 続柄	被保険者との続柄を記入して下さい。
⑥ 住民票の住所	A.被保険者と住民票が同じであれば「同上」に☑を付してください。
⑦ 住所	⑦.同上に☑をし、同居の場合は記入不要。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。 別居の場合「⑯備考」に1回当たりの仕送り金額や年間の仕送り回数（予定）などをご記入ください。
⑧ 資格確認 通知書 発行要否	資格確認書の発行が必要な場合（※以下に該当する場合に限る）は「発行が必要」に☑を付してください。 ・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 ・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 ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者
⑨ 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「⑤取得年月日」と同日、それ以外の場合は婚姻年月日など実際に「主として被保険者の収入で生計を維持している」状態となった日をご記入ください。
⑫ 収入(年収)	今後1年間の年間収入見込み額をご記入ください。収入には、非課税対象のもの（障害・遺族年金、失業給付等）も含まれます。
⑬ 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。
⑮ 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。 事業主が戸籍謄本等で被保険者と扶養認定を受ける方の続柄を確認した場合は、「※続柄確認済み」に☑をつけてください。
⑯ 当該届出書の提出年1月1日の住所	この『健康保険扶養（異動）届』をご提出いただく年の1月1日時点での住民票が「⑦住所」の内容と同じであれば「同上」に☑を付してください。違う場合は右の欄に市区町村名までご記入ください。
⑰ 配偶者の年間収入	配偶者以外を被扶養者とする場合で、配偶者が被扶養者でないときは配偶者の年間収入をご記入ください。 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。

<その他の被扶養者欄> ①～⑧は必ずご記入ください。また該当の場合は⑨～⑫、⑮、⑯を、非該当・変更の場合は⑬～⑭をご記入ください。

④ 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。
⑥ 住民票の住所	A.被保険者と住民票が同じであれば「同上」に☑を付してください。
⑦ 住所	⑥.同上に☑をし、同居の場合は記入不要。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。 別居の場合「⑯備考」に1回当たりの仕送り金額や年間の仕送り回数（予定）などをご記入ください。
⑧ 当該届出書の提出年1月1日の住所	この『健康保険扶養（異動）届』をご提出いただく年の1月1日時点での住民票が「⑦住所」の内容と同じであれば「同上」に☑を付してください。違う場合は右の欄に市区町村名までご記入ください。
⑨ 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「⑤取得年月日」と同日、それ以外の場合は出生年月日など実際に「主として被保険者の収入で生計を維持している」状態となった日をご記入ください。
⑪ 収入(年収)	今後1年間の年間収入見込み額をご記入ください。収入には、非課税対象のもの（障害・遺族年金、失業給付等）も含まれます。
⑫ 理由	被扶養者となった理由を○で囲んでください。ただし、『被保険者資格取得届』と同時に提出する場合は記入不要です。
⑬ 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。
⑭ 理由	被扶養者でなくなった理由を○で囲んでください。
⑮ 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。 事業主が戸籍謄本等で被保険者と不要認定を受ける方の続柄を確認した場合は、「※続柄確認済み」に☑をつけてください。
⑯ 資格確認 通知書 発行要否	資格確認書の発行が必要な場合（※以下に該当する場合に限る）は「発行が必要」に☑を付してください。 ・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 ・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 ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者