

健康保険 被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	課長	課長	係長	係員

令和 年 月 日提出

受付年月日

事業主記入欄	事業所所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました 〒
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	()

社会保険労務士記載欄 氏名等

A 被保険者欄	① 区分	1.追加 2.削除	② 被保険者 記号		③ 被保険者 番号		④ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	⑤ 性別	1.男 2.女
	⑥ 氏名	フリガナ 氏	名		⑦ 資格取得 年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	⑧ 収入 (月収)	千円		
	⑨ 住民票住所	〒						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 月収入	円	

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 9.令和	年	月	日	③ 性別	1.男 2.女	④ 資格確認書 (保険証) 回収区分	添付 返不能 減失	
					⑤ 個人番号									
	⑥ 続柄	⑦ 職業	1.無職 4.パート 6.その他()	2.学生 5.年金受給者	3.個人事業主	⑧ 収入 (月収)	円	備考	※別居時 1ヵ月当たりの仕送り額(円)					
	⑨ 被扶養者になった日	9.令和	年	月	日	⑩ 理由	1.保険加入 3.収入の減少 5.その他()	2.婚姻 4.退職 被扶養者で なくなった日	9.令和	年	月	日	⑪ 理由	1.就職 3.死亡 5.その他()

C その他の被扶養者欄	① 氏名	フリガナ 氏	名		② 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	③ 性別	1.男 2.女	④ 資格確認書 (保険証) 回収区分	添付 返不能 減失	
					⑤ 個人番号									
	⑥ 続柄	⑦ 職業	1.無職 4.高校生 7.その他()	2.年金受給者 5.大学生	3.中学生以下 6.パート	⑧ 収入 (月収)	円	備考	※別居時 1ヵ月当たりの仕送り額(円)					
	⑨ 被扶養者になった日	9.令和	年	月	日	⑩ 理由	1.保険加入 3.就職 5.75歳到達 7.その他()	2.出生 4.退職 6.死亡 被扶養者で なくなった日	9.令和	年	月	日	⑪ 理由	1.就職 3.死亡 5.その他()

C その他の被扶養者欄	① 氏名	フリガナ 氏	名		② 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	③ 性別	1.男 2.女	④ 資格確認書 (保険証) 回収区分	添付 返不能 減失	
					⑤ 個人番号									
	⑥ 続柄	⑦ 職業	1.無職 4.高校生 7.その他()	2.年金受給者 5.大学生	3.中学生以下 6.パート	⑧ 収入 (月収)	円	備考	※別居時 1ヵ月当たりの仕送り額(円)					
	⑨ 被扶養者になった日	9.令和	年	月	日	⑩ 理由	1.保険加入 3.就職 5.75歳到達 7.その他()	2.出生 4.退職 6.死亡 被扶養者で なくなった日	9.令和	年	月	日	⑪ 理由	1.就職 3.死亡 5.その他()

資格確認書を受領いたしました

氏名

(6.12)

東京都金属プレス工業健康保険組合

＜ 提出上の注意 ＞

この届出書は、異動を生じてから5日以内に提出してください(健康保険法施行規則第38条)

＜ 記入の方法 ＞

「A.被保険者欄」

- ①区分：被扶養者認定の場合は「1.追加」、被扶養者削除の場合は「2.削除」を○で囲んでください。
- ③被保険者番号：資格取得時に払い出しされた被保険者整理番号をご記入ください。
- ④生年月日：年号は該当する番号を○で囲んでください。
- ⑥氏名：氏名は住民票に登録されているものと同じ氏名を記入してください。フリガナはカタカナで正確にご記入ください。
- ⑦資格取得年月日：被保険者が健康保険に加入した日付をご記入ください。
- ⑧収入(月収)：被保険者の月収額をご記入ください。※今後1年間の年間収入見込み額の12分の1
- ⑨住民票住所：住民票の住所をご記入ください。

配偶者の月収入：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月収額をご記入ください。
収入がある場合は、収入金額が確認できる書類のコピーを添付してください。
これは、配偶者以外の者について、被保険者と配偶者のどちらが主たる生計維持者なのかを確認するためです。

「B.配偶者である被扶養者欄」

- ①～③、⑥～⑦、⑩は必ずご記入ください。
- 「1.追加」の場合は⑤、⑧～⑩をご記入ください。また必要に応じて⑭もご記入ください。
- 「2.削除」の場合は④、⑪～⑫をご記入ください。
- ①氏名：氏名は住民票に登録されているものと同じ氏名を記入してください。フリガナはカタカナで正確にご記入ください。
- ④資格確認書(保険証)回収区分：該当するところを○で囲んでください。
返不能の場合は『資格確認書(被保険者証)回収不能届』、滅失の場合は『資格確認書(被保険者証)滅失届』をご提出ください。
- ⑤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。
- ⑦職業：該当しているところを○で囲んでください。
- ⑧収入(月収)：現在の収入からみた月収額をご記入ください。
収入には、非課税交通費等の非課税対象のもの(障害・遺族年金・失業給付等)も含まれます。
- 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「取得年月日」と同日、それ以外の場合は婚姻年月日等の実際に被扶養者になった日をご記入ください。
- ⑩理由：被扶養者になる理由を○で囲み、退職日、婚姻日等該当する日付をご記入ください。
- ⑪被扶養者でなくなった日：就職の場合は就職日、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。
- ⑫理由：被扶養者でなくなる理由を○で囲み、就職日、死亡日等該当する日付をご記入ください。
- ⑬住民票住所：被保険者と同居または別居のいずれかを○で囲み、住民票の住所をご記入ください。
別居の場合は、「備考」に1ヵ月当たりの仕送り金額をご記入ください。

「C.その他の被扶養者欄」

- ①～③、⑥～⑦、⑩～⑫は必ずご記入ください。
- 「1.追加」の場合は⑤、⑧～⑩をご記入ください。また必要に応じて⑭もご記入ください。
- 「2.削除」の場合は④、⑪をご記入ください。
- ①氏名：氏名は住民票に登録されているものと同じ氏名を記入してください。フリガナはカタカナで正確にご記入ください。
- ④資格確認書(保険証)回収区分：該当するところを○で囲んでください。
返不能の場合は『資格確認書(被保険者証)回収不能届』、滅失の場合は『資格確認書(被保険者証)滅失届』をご提出ください。
- ⑤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続柄：被保険者との続柄を「子」「母」「妹」「孫」「義父」など、詳しく記入してください。
- ⑦職業：該当しているところを○で囲んでください。
- ⑧収入(月収)：今現在の収入からみた、月収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。
- 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「取得年月日」と同日、それ以外の場合は婚姻年月日等の実際に被扶養者になった日をご記入ください。
- ⑩被扶養者でなくなった日：就職の場合は就職日、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。
- ⑪理由：被扶養者となった(でなくなった)理由を○で囲んでください。また、出生や就職日、死亡日等の該当する日付をご記入ください。
- ⑫住民票住所：被保険者と同居または別居のいずれかを○で囲み、住民票の住所をご記入ください。
別居の場合は、「備考」に1ヵ月当たりの仕送り金額をご記入ください。

資格確認書発行要否について：資格確認書の発行が必要な場合(※)は、「発行が必要」の口に✓を付してください。
※以下に該当する場合に限ります。

- ・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

＜ 添付書類 ＞

- 収入の確認書類：所得証明書・源泉徴収票、給与明細、年金振込通知書等の写し
- 仕送りの確認書類：金融機関発行の送金証明、振込通知書の控え等、被保険者と被扶養者の間で送金の事実が確認できる証明書
- その他の確認書類：その他必要な書類がご不明の場合は、当健康保険組合業務課までお問合せください。