

健康保険 被扶養者（異動）届

課長	課長補佐	課員

令和 年 月 日 提出

事業主記入欄	事業所記号											受付年月日		
	事業所所在地													
	事業所名称													
	事業主氏名													
<input type="checkbox"/> 本人押印・署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。														

被保険者欄	被保険者記号・番号				生年月日	昭・平・令		年	月	日	性別	男・女	標準報酬月額		千円	年収	円
	氏名	(フリガナ)			(名)	取得年月日	昭・平・令		年	月	日	住所居所		〒	-		
		(氏)	(名)										年	月	日	住所居所	

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」、氏名などの変更の場合は「変更」を○で囲んでください。

被扶養者欄1	氏名	(フリガナ)			(名)			個人番号	年	月	日	性別	男・女	続柄			
		(氏)						年	月	日	性別	男・女	続柄				
		生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女	続柄								
住民票住所	〒	一					1.同居	海外居住者又は海外から国内に転入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.海外婚姻等	3.特定活動	5.その他()				
居所							2.別居		海外特例要件	理由	1.国内転入(令和 年 月 日) 2.その他()						
(該当)	被扶養者になった日	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・大学生(年生) 6.その他()	年収		理由	1.出生 2.離職 3.収入減	4.同居	5.その他()			
(非該当)	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	理由	1.死亡 2.就職 3.収入増加	4.後期高齢者 5.その他()	資格確認書発行要否	□ 発行が必要	理由()	※裏面を確認し該当する記号を記入してください。					

被扶養者欄2	氏名	(フリガナ)			(名)			個人番号	年	月	日	性別	男・女	続柄			
		(氏)						年	月	日	性別	男・女	続柄				
		生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女	続柄								
住民票住所	〒	一					1.同居	海外居住者又は海外から国内に転入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.海外婚姻等	3.特定活動	5.その他()				
居所							2.別居		海外特例要件	理由	1.国内転入(令和 年 月 日) 2.その他()						
(該当)	被扶養者になった日	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・大学生(年生) 6.その他()	年収		理由	1.出生 2.離職 3.収入減	4.同居	5.その他()			
(非該当)	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	理由	1.死亡 2.就職 3.収入増加	4.後期高齢者 5.その他()	資格確認書発行要否	□ 発行が必要	理由()	※裏面を確認し該当する記号を記入してください。					

被扶養者欄3	氏名	(フリガナ)			(名)			個人番号	年	月	日	性別	男・女	続柄			
		(氏)						年	月	日	性別	男・女	続柄				
		生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女	続柄								
住民票住所	〒	一					1.同居	海外居住者又は海外から国内に転入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.海外婚姻等	3.特定活動	5.その他()				
居所							2.別居		海外特例要件	理由	1.国内転入(令和 年 月 日) 2.その他()						
(該当)	被扶養者になった日	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・大学生(年生) 6.その他()	年収		理由	1.出生 2.離職 3.収入減	4.同居	5.その他()			
(非該当)	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	理由	1.死亡 2.就職 3.収入増加	4.後期高齢者 5.その他()	資格確認書発行要否	□ 発行が必要	理由()	※裏面を確認し該当する記号を記入してください。					

被保険者の配偶者が被扶養者ではないとき(例:夫婦共働きの場合)は記入してください。
配偶者の年収見込額 円

※被扶養者の「該当」と「非該当(変更)」は同時に提出できません。「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)
申立の事実に相違ありません。 氏名

この届出書に記入の個人情報は「健康保険法による保険給付の支給または保険料等の徴収に関する事務」において利用し、第三者には提供いたしません。 東京都食品健康保険組合

記入方法

○被保険者欄

- ・被保険者等記号・番号 : 資格取得時に払い出しされた被保険者等記号・番号をご記入ください。
- ・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。
- ・生年月日 : 年号は該当するものを○で囲んでください。
- ・性別 : 該当するものを○で囲んでください。
- ・標準報酬月額 : 被保険者の申請時の標準報酬月額をご記入ください。
- ・年収 : 被保険者の今後1年間の年間収入見込額をご記入ください。
- ・住所 : 住民票の住所をご記入ください。住民票住所と異なる住所に居住している場合は、住民票住所と居所の両方をご記入ください。

○被扶養者欄

- ・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。
- ・続柄 : 被保険者との続柄を「夫」、「妻」、「長男」、「長女」、「父」、「母」等と記入してください。
- ・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。
- ・住所 : 住民票住所をご記入ください。住民票住所と異なる住所に居住している場合は、住民票住所と居所の両方をご記入ください。
被保険者と同居または別居のいずれかを○で囲んでください。別居の場合は、別途『(別世帯)被扶養者住所確認書』をご提出いただく必要があります。
当組合のホームページからプリントアウトして記入の上、被扶養者(異動)届に添付してご提出ください。
- ・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、それ以外の場合は出生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。
- ・年収 : 今後1年間の年間収入見込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)も含みます。
非課税対象の収入がある場合は、受取金額が確認できる書類のコピーを添付の上、「備考」欄に具体的な内容をご記入ください。
- ・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』と一緒に提出する場合は記入不要です。
- ・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。
- ・海外特例要件 : 海外特例要件該当・非該当のいずれかを○で囲み、理由をご記入ください。海外特例要件非該当で国内転入の場合は転入した日をご記入ください。
- ・配偶者の年収見込額 : 配偶者以外を被扶養者とする場合で、被保険者の配偶者が被扶養者でないときは配偶者の年間収入見込額をご記入ください。
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。
- ・資格確認書の発行要否 : 資格確認書の発行が必要な場合(※)は、「発行が必要」の□に✓を付してください。下記ア～ウから当てはまるものを理由欄にご記入ください。
※資格確認書の発行は、ア～ウのいずれかに該当する場合に限ります。

ア. 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
イ. 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
ウ. マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者