

提出先: 人事部 または 管理担当者

常務理事	事務長	係員

健康保険 被扶養者(異動)届

届出日 9.令和 0 5 0 9 2 5 被保険者提出日

必要書類を添付の上、2部提出してください。
 原本: 健保組合控に✓ 副本: 事業主控に✓
 ※被保険者控をご自身で保管ください。

健保組合控
 事業主控

被保険者欄	被保険者証の記号	被保険者証	生年日	和暦	年	月	日	社員番号	
	(フリガナ) ケンポ	タロウ	7.平成	0	4	0	4	15	
	(氏) 健保	太郎	事業所	コーセー化粧品販売株式会社					支店
	保険証から、記号・番号・勤務している事業所(会社)を転記		被保険者の住所	〒 000-0000 東京都港区青山0-0-0					住民票の住所を記入してください。

被扶養者欄	氏名	(フリガナ) ケンポ	クミ	生年月日	和暦	年	月	日	性別					
	(氏) 健保	くみ	9.令和	0	5	0	9	20	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女					
	続柄	二女	職業	中学生以下			収入(年間)	0 円						
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	別居の場合	〒			海外在住の場合	<input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 同行家族 <input type="checkbox"/> 特定活動 <input type="checkbox"/> 海外婚姻 <input type="checkbox"/> その他()						
	届出区分	<input checked="" type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 変更訂正	被扶養者になった日	9.令和	0	5	0	9	20	被扶養者でなくなった日	9.令和	年	月	日
	理由	出生			出生、婚姻、離職、就職等の事実や収入増減の理由を記入			備考						

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	生年月日	和暦	年	月	日	性別
	(氏)	(名)						<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	続柄							
	住所							

<記入上の注意>

- 異動事由発生日から5日以内に届出をするようにしてください。
- 個人番号は、会社が指定する方法で届出してください。
- 続柄は、被保険者との続柄を「妻」、「夫」、「長男」、「長女」、「二女」、「父」、「母」、「祖父」、「妹」等と記入してください。
- 職業は、その実態がわかるように記入してください。義務教育終了後の学生は「高校〇年生」等と詳しく記入してください。
- 収入については、非課税対象となる年金(障害・遺族)、失業給付、傷病手当金等も含まれます。
- 被保険者と同居または別居のいずれかを選択し、別居の場合は、被扶養者の住民票住所を必ず記入してください。
- 海外在住の場合は、海外特例要件のいずれかを選択してください。(国内居住要件を被扶養者認定の原則としています。)
- 被扶養者になった日は、被保険者資格取得届と同時に提出する方は、入社日(資格取得年月日)を記入してください。入社日(資格取得年月日)以降に追加する方については、「出生年月日」、「婚姻年月日」等を記入してください。
- 被扶養者でなくなった日は、理由が就職の場合は「就職年月日」を、死亡の場合は「死亡日の翌日」を記入してください。
- 氏名の変更(訂正)を行う場合は、変更(訂正)後の氏名を記入し、備考欄に変更(訂正)前の氏名を記入してください。
- 性別の変更を行う場合は、訂正後の性別を性別欄で選択してください。

※被扶養者でなくなったときや、被扶養者の氏名等に変更があったときに届出の場合は、該当者の「被保険者証」を必ず返却してください。

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	生年月日	和暦	年	月	日	性別				
	(氏)	(名)						<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
	続柄											
	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	別居の場合	〒			海外在住の場合	<input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 同行家族 <input type="checkbox"/> 特定活動 <input type="checkbox"/> 海外婚姻 <input type="checkbox"/> その他()				
	届出区分	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 変更訂正	被扶養者になった日	9.令和	年	月	日	被扶養者でなくなった日	9.令和	年	月	日
	理由				出生、婚姻、離職、就職等の事実や収入増減の理由を記入			備考				

事業主受付日付印

健保受付日付印

事業主チェック欄

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。