

# I. 健康保険被扶養者(異動)届 II. 健康保険被扶養者増減申請書

令和 年 月 日提出

	常務理事	事務長	事務次長	担当

<b>被 保 険 者</b>	被保険者証 の記号・番号		資格取得 年月日	昭平令 年 月 日	氏名	生年 月日	昭平令 年 月 日	電話 番号							
	住所	〒		この届を出す 時点の年間収入		千円	この届が受理された 後の被扶養者数	名	この届が受理される 前の被扶養者数	名					
<b>被 扶 養 者</b>	※増減の別	(フリガナ) 氏名	性別	上段：生年月日 下段：個人番号(12桁) ※(減)の時は個人番号不要	職業 被保険者との続柄	住所	被保険者との世帯別	※扶養されるようになった日、扶養されなくなった日	左の事由	年間収入 収入の名目	税法上の 扶養家族 該当有無	この欄は記入しないで下さい 認定又は削除 年月日		備考	
	増		男	昭・平・令 年 月 日			同	令和		千円	有	認	令和		
	減		女				別	年 月 日			無	削	年 月 日		
	増		男	昭・平・令 年 月 日			同	令和			千円	有	認	令和	
	減		女				別	年 月 日			無	削	年 月 日		
	増		男	昭・平・令 年 月 日			同	令和			千円	有	認	令和	
減		女				別	年 月 日			無	削	年 月 日			
<b>確認欄</b>	<input type="checkbox"/> この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。 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。														

〔 事業主の証明 〕

上記の通り、相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業主名

担当者名

- 〔注〕 1. 用紙は1枚です。記入例を参考に必ず、すべて記入して下さい。未記入がありますと扶養認定できない場合があります。
2. 資格取得時(入社時・任意継続加入時)に被扶養者届として提出する場合は、表題の「I」をマルで囲んで下さい。※印欄の記入不要です。
3. 資格取得後に被扶養者増減申請書として提出する場合は、表題の「II」をマルで囲んで下さい。※印欄の記入必須です。
4. 職業＝無職やパート等。学生は小学1年等学年まで。未就学児のみ空欄 / 続柄＝実母、妻、長男、長女等と記入して下さい。
5. 扶養に関する事由＝結婚、出生、収入増、就職等とわかりやすく記入して下さい。
6. 被扶養者の年間収入＝課税・非課税に関係なく、全ての収入の名目と金額について記入して下さい。
7. 必要に応じ、扶養対象者状況調査書(現況届)、公的証明書等をご提出ください。
8. 個人番号通知未着(出生等)の場合は未記入でかまいません。個人番号が届き次第、記入して後日提出してください。
- ◆次の方の個人番号は不要です >>> ①扶養(減)の方。②すでに健保組合に個人番号を提出している方。