

正

健康保険被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	担当者	担当者

被保険者欄	被保険者証の記号	被保険者証の番号	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	備考
	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	標準報酬月額 千円
	住所	〒 -						
	確認欄	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。(確認欄にチェックすることで本人の押印・署名が省略できます) <input type="checkbox"/> ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 <input type="checkbox"/> ② 記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。						
被扶養者欄	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	住所 <input type="checkbox"/> 同居 ・ <input type="checkbox"/> 別居	別居の場合↓(同居の場合、記入は不要です。) 〒	続柄	事業主 確認欄	<input type="checkbox"/> 戸籍謄(抄)本 <input type="checkbox"/> 住民票	職業	収入 (年収)	円
	住民票住所	<input type="checkbox"/> 被保険者住所欄の住所と同じ(異なる場合は記入↓) 〒	被扶養者になった日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	理由
			被扶養者でなくなった日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	備考 <input type="checkbox"/> 資格確認書の発行が必要
被扶養者欄	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	住所 <input type="checkbox"/> 同居 ・ <input type="checkbox"/> 別居	別居の場合↓(同居の場合、記入は不要です。) 〒	続柄	事業主 確認欄	<input type="checkbox"/> 戸籍謄(抄)本 <input type="checkbox"/> 住民票	職業	収入 (年収)	円
	住民票住所	<input type="checkbox"/> 被保険者住所欄の住所と同じ(異なる場合は記入↓) 〒	被扶養者になった日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	理由
			被扶養者でなくなった日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	備考 <input type="checkbox"/> 資格確認書の発行が必要
被扶養者欄	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	住所 <input type="checkbox"/> 同居 ・ <input type="checkbox"/> 別居	別居の場合↓(同居の場合、記入は不要です。) 〒	続柄	事業主 確認欄	<input type="checkbox"/> 戸籍謄(抄)本 <input type="checkbox"/> 住民票	職業	収入 (年収)	円
	住民票住所	<input type="checkbox"/> 被保険者住所欄の住所と同じ(異なる場合は記入↓) 〒	被扶養者になった日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	理由
			被扶養者でなくなった日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	備考 <input type="checkbox"/> 資格確認書の発行が必要

【被保険者確認欄について】 日本国内に被扶養者の住民票がない場合は、裏面の要件を確認いただき、該当する番号を備考欄に記載してください。

【事業主確認欄について】 事業主が続柄を確認し、添付書類を省略した場合は、該当するものにチェックを付してください。

※ 事業主が保管する下記書類により認定を受ける方の続柄を確認した場合は関係書類の添付は不要です。事業主確認欄の口に✓を付してください。(内縁関係を除く)

● 戸籍謄(抄)本または住民票(提出日から90日以内に発行されたもの) ● 住民票による確認は被保険者が世帯主で認定を受ける方と同一世帯の場合に限ります。

※ 認定を受ける方の住所が住民票と同じ場合は被扶養者欄住民票住所欄の口に✓を付してください。この場合は住所の記入は不要です。異なる場合は記入してください。

※ 遡及して届書を提出する場合等、個別のケースによっては、証明書類等の提出をお願いする場合があります。

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

年 月 日 提出

受付年月日

代行社会保険労務士

日本国内に被扶養者の住民票がない場合、
被扶養者が以下いずれかの要件に該当するか確認いただき、該当する番号を表面の備考欄に記載してください。

番号	要件	添付書類
①	外国において留学をする学生	査証、学生証、在学証明書入学証明書等の写し
②	外国に赴任する被保険者に同行する者 【具体例】 家族帯同ビザが発行されるもの	査証、海外赴任辞令、海外の公的機関が発行する居住証明書等の写し
③	観光、保養又はボランティア活動その他就労以外の目的で一時的に海外に渡航する者 【具体例】 ワーキングホリデー制度を利用して渡航するもの、外国において留学する学生に同行する家族等、原則としてビザに有効期限があるもの	査証、ボランティア派遣機関の証明、ボランティアの参加同意書等の写し
④	被保険者が外国に赴任している間に当該被保険者との身分関係が生じた者であって、②と同等と認められるもの 【具体例】 ・海外赴任中に生まれた被保険者の子供 ・海外赴任中に現地で結婚した配偶者 ・海外赴任中に縁組を結んだ特別養子	出生や婚姻等を証明する書類等の写し
⑤	①から④までに掲げるもののほか、渡航目的その他の事情を考慮して日本国内に生活の基礎があると認められる者 【具体例】 留学等の理由で渡航する被扶養者の海外在住中に生まれた子供等	出生や婚姻等を証明する書類等の写し等