

# 健康保険 被扶養者（異動）届

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 部 | 長 | 課 | 長 | 係 | 長 | 主 | 任 | 係 |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |

|                                     |   |         |         |     |   |    |        |       |     |
|-------------------------------------|---|---------|---------|-----|---|----|--------|-------|-----|
| 被<br>保<br>險<br>者<br>情<br>報          | 記号  | 番号      | 資格取得年月日 |     |   |    | 標準報酬月額 |       |     |
|                                     | 被保険者証の  | 9 9 9 9 | 1 2 3 4 | 元号  | 年 | 月  | 日      | 4 7 0 |     |
|                                     | 平成  | 1 7     | 1 1     | 0 1 |   |    |        |       |     |
| 氏名・印<br><small>(自署の場合押印省略可)</small> | (フリガナ)  | ケンボ     | タロウ     | 性別  | 男 | 元号 | 年      | 月     | 日   |
|                                     | (氏)   | 健保      | 太郎      | 性別  | 男 | 昭和 | 4 6    | 0 5   | 2 5 |
| 住所                                  | (〒 000 - 0000 )<br>〇〇県〇〇〇市〇〇〇町1丁目123番地<br>〇〇〇マンション201号室 |         |         |     |   |    |        | 備考    |     |

|   |                     |     |                         |                             |                             |                               |                                  |            |      |     |       |
|---|---------------------|-----|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------------|------------|------|-----|-------|
| 被<br>扶<br>養<br>者<br>情<br>報              | 氏名                  | 続柄  | 性別                      | 生年月日                        |                             |                               |                                  | 職業         | 年間収入 |     |       |
|   | (フリガナ)              | ケンボ | ハナコ                     | ※                           | 男                           | 元号                            | 年                                | 月          | 日    | パート | 約96万円 |
|   | (氏)                 | 健保  | 花子                      | 妻                           | 男                           | 昭和                            | 4 7                              | 1 1        | 2 2  |     |       |
| 扶養になった(でなくなる)日                          | 理由                  |     |                         |                             |                             |                               |                                  |            |      |     |       |
| 元号                                      | 年                   | 月   | 日                       | <input type="checkbox"/> 出生 | <input type="checkbox"/> 婚姻 | <input type="checkbox"/> 退職   | <input type="checkbox"/> 雇用保険の受給 | (開始 年 月 日) |      |     |       |
| 令和                                      | 0 2                 | 0 4 | 0 1                     | <input type="checkbox"/> 就職 | <input type="checkbox"/> 死亡 | <input type="checkbox"/> 収入超過 |                                  |            |      |     |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> その他 | [雇用形態の変更]           |     |                         |                             |                             |                               |                                  |            |      |     |       |
| ※健保処理欄                                  | 個人番号                |     | 0 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 |                             |                             |                               |                                  |            |      |     |       |
|   | ※扶養を削除する場合の記入は不要です。 |     |                         |                             |                             |                               |                                  |            |      |     |       |
| 同居別居の別                                  | 住所                  |     |                         |                             |                             |                               | 備考                               |            |      |     |       |
| 同居                                      | (〒 - )              |     |                         |                             |                             |                               |                                  |            |      |     |       |
| 別居                                      |                     |     |                         |                             |                             |                               |                                  |            |      |     |       |

|                              |                     |    |    |                             |                             |                               |                                  |            |      |  |  |
|------------------------------|---------------------|----|----|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------------|------------|------|--|--|
| 被<br>扶<br>養<br>者<br>情<br>報   | 氏名                  | 続柄 | 性別 | 生年月日                        |                             |                               |                                  | 職業         | 年間収入 |  |  |
|                              | (フリガナ)              |    |    | ※                           | 男                           | 元号                            | 年                                | 月          | 日    |  |  |
|                              | (氏)                 |    |    |                             | 女                           |                               |                                  |            |      |  |  |
| 扶養になった(でなくなる)日               | 理由                  |    |    |                             |                             |                               |                                  |            |      |  |  |
| 元号                           | 年                   | 月  | 日  | <input type="checkbox"/> 出生 | <input type="checkbox"/> 婚姻 | <input type="checkbox"/> 退職   | <input type="checkbox"/> 雇用保険の受給 | (開始 年 月 日) |      |  |  |
|                              |                     |    |    | <input type="checkbox"/> 就職 | <input type="checkbox"/> 死亡 | <input type="checkbox"/> 収入超過 |                                  |            |      |  |  |
| <input type="checkbox"/> その他 | [ ]                 |    |    |                             |                             |                               |                                  |            |      |  |  |
| ※健保処理欄                       | 個人番号                |    |    |                             |                             |                               |                                  |            |      |  |  |
|                              | ※扶養を削除する場合の記入は不要です。 |    |    |                             |                             |                               |                                  |            |      |  |  |
| 同居別居の別                       | 住所                  |    |    |                             |                             |                               | 備考                               |            |      |  |  |
| 同居                           | (〒 - )              |    |    |                             |                             |                               |                                  |            |      |  |  |
| 別居                           |                     |    |    |                             |                             |                               |                                  |            |      |  |  |

【被保険者記載欄】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。

|                       |   |
|-----------------------|---|
| 社会保険労務士の<br>提出代行者名記載欄 | 印 |
|-----------------------|---|

【事業主記載欄】事業主の確認により本人押印・署名を省略した場合は、下記にチェックをしてください。

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。

|                       |   |       |       |
|-----------------------|---|-------|-------|
| 事業主<br>証明<br>欄        | 上記のとおり被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します。   | 受付日付印 | 確認日付印 |
|                       | 令和 2 年 4 月 1 日 提出   |       |       |
|                       | 〒 000 - 0000  |       |       |
|                       | 事業所所在地 〇〇県〇〇〇市〇〇〇町3丁目1番地  |       |       |
|                       | 事業所名称 〇〇〇農業協同組合   |       |       |
| 事業主氏名 代表理事組合長 〇〇 〇〇   | <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>事業主</b><br/>印         </div> |       |       |
| 電話番号 000 ( 000 ) 0000 |   |       |       |