

常務理事	部長	課長	係長	係

健康保険被扶養者(異動)届

令和 年 月 日 提出

事業所記号		確認欄 <input type="checkbox"/>	以下の内容を確認したら確認欄にチェックを入れてください。 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記載内容に誤りがないか申請者本人が確認している。	受付年月日
事業主記入欄	届出記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒 -			
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号			
		社会保険労務士記入欄		

被保険者番号		生年月日	昭・平	年	月	日	性別	男・女	標準報酬月額	千円
氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	取得年月日	昭・平	年	月	日	住所	〒 -	

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」、氏名変更の場合は「変更」を○で囲んでください。

資格確認書の発行が必要な場合は、「資格確認書交付申請書」を添付してください。(資格確認書の発行要件は裏面を確認してください。)

配偶者である被扶養者欄	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	個人番号	生年月日	昭・平	年	月	日	性別	男・女	続柄
	住所	〒 -		1.同居 2.別居	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。	海外特別要件	理由	1.留学 2.同行家族 3.特定活動 4.海外婚姻等 5.その他()				
該当	被扶養者になった日	令和	年	月	日	理由	1.配偶者の就職 2.婚姻 3.離職 4.収入減少 5.同居 6.その他()	職業	1.無職 2.パート 3.年金受給者 4.その他()	年収	円	
非該当	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	理由	1.死亡(令和 年 月 日) 2.離婚 3.就職・収入増加 4.75歳到達 5.障害認定 6.その他()	備考	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要		

被扶養者欄1	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	個人番号	生年月日	昭・平	年	月	日	性別	男・女	続柄
	住所	〒 -		1.同居 2.別居	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。	海外特別要件	理由	1.留学 2.同行家族 3.特定活動 4.海外婚姻等 5.その他()				
該当	被扶養者になった日	令和	年	月	日	理由	1.配偶者の就職 2.婚姻 3.離職 4.収入減少 5.同居 6.その他()	職業	1.無職 2.パート 3.年金受給者 4.その他()	年収	円	
非該当	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	理由	1.死亡(令和 年 月 日) 2.離婚 3.就職・収入増加 4.75歳到達 5.障害認定 6.その他()	備考	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要		

被扶養者欄2	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	個人番号	生年月日	昭・平	年	月	日	性別	男・女	続柄
	住所	〒 -		1.同居 2.別居	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。	海外特別要件	理由	1.留学 2.同行家族 3.特定活動 4.海外婚姻等 5.その他()				
該当	被扶養者になった日	令和	年	月	日	理由	1.配偶者の就職 2.婚姻 3.離職 4.収入減少 5.同居 6.その他()	職業	1.無職 2.パート 3.年金受給者 4.その他()	年収	円	
非該当	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	理由	1.死亡(令和 年 月 日) 2.離婚 3.就職・収入増加 4.75歳到達 5.障害認定 6.その他()	備考	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要		

※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。

千葉県医業健康保険組合

記入方法

○被保険者欄

- ・被保険者番号 : 資格取得時に払い出された被保険者番号をご記入ください。被保険者資格取得届と同時に提出する場合は記入不要です。
- ・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。
- ・住所 : 住民票の住所をご記入ください。

○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 : 被保険者と同居または別居のいずれかを○で囲み、同居の場合は住所記入は不要です。別居の場合は、住所欄に住民票の住所を、「備考欄」に居所をご記入ください。住民票住所と居所が同じ場合は居所の記入は不要です。なお、海外居住者については、国内における協力者住所（親族、被保険者の勤務先住所等）を方書きも含めてご記入の上、「備考」欄に海外居住先の住所及び国内協力者が親族の場合は氏名及び続柄をご記入ください。
- ・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）も含まれます。
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』と同時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。
- ・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」の口に✓を付してください。

※以下に該当する場合に限ります。

- ・マイナンバーカードを紛失したため
- ・マイナンバーカードの更新手続き中のため
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため
- ・マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていないため
- ・マイナンバーカードを作っていないため
- ・マイナンバーカードを返納したため
- ・マイナ保険証による受診には第三者（介助者など）のサポートが必要なため