

提出期日	異動を生じた日から５日以内
提出先	事業主経由で健康保険組合へ

健康保険被扶養者(異動)届

決裁日	常務理事	事務長	部長	課長	担当者

被保険者証の記号・番号		(フリガナ) 被保険者氏名	レンゴウ タロウ 連合 太郎	生年月日	☒ 昭和	55 年 3 月 31 日生	性別	☒ 男
50	100				☐ 平成			☐ 女
被 保 険 者 現 住 所	〒 530 - 0000 大阪市北区〇〇町〇-△-□			資格取得 年月日	☐ 昭和	5 年 4 月 1 日	標準報酬月額	
	連絡先 (06) 1234 - 5678				☐ 平成		340 千円	
					☒ 令和			

増減 の別	フリガナ 被扶養者氏名	性別	生年月日			注① 続柄	注② 職業	同居・別居	注③ 収入(月平均)				扶養し始めた日又は 扶養でなくなった日			注④ 理由	認定年月日 削除年月日	備考			
☒ 増	レンゴウ ハナコ 連合 花子	☐ 男 ☒ 女	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日	妻	アルバイト	☒ 同居 ☐ 別居	65,000				☐ 昭和 ☐ 平成 ☒ 令和	年	月	日	被保険者の 取得	年	月	日
☐ 減	注⑤ 個人番号(マイナンバー12桁)			1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	←減少の場合は記入しないで下さい。					
☐ 増		☐ 男 ☐ 女	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日			☐ 同居 ☐ 別居					☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日		年	月	日
☐ 減	注⑤ 個人番号(マイナンバー12桁)															←減少の場合は記入しないで下さい。					
☐ 増		☐ 男 ☐ 女	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日			☐ 同居 ☐ 別居					☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日		年	月	日
☐ 減	注⑤ 個人番号(マイナンバー12桁)															←減少の場合は記入しないで下さい。					
☐ 増		☐ 男 ☐ 女	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日			☐ 同居 ☐ 別居					☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日		年	月	日
☐ 減	注⑤ 個人番号(マイナンバー12桁)															←減少の場合は記入しないで下さい。					

上記のとおり、被保険者から被扶養者に関する届出がありましたので提出します。

令和 2 年 12 月 20 日 提出

〒 530 - 0000

事業所所在地 大阪市北区〇町 〇-〇-〇

事業所名称 丸紅〇〇××株式会社

事業主氏名 山田 〇男

【 注 意 事 項 】

- 続柄欄は、妻、長男、長女、実父、義母、兄、妹など詳しく記入してください。
 - 職業欄は、その実態がわかるように、主婦、無職、年金受給者、パート、アルバイト、幼児、小学5年生、大学3年生などと記入してください。
 - 収入欄は、パート給与、年金額、不動産収入などの月平均額を記入してください。なお、対象となる収入には、非課税対象となる障害・遺族年金、失業給付、傷病手当金なども含まれます。
 - 理由欄は、結婚、出生、失業、就職、離婚、死亡などの事実を具体的に記入してください。
 - 個人番号(マイナンバー12桁)欄は、被保険者の資格取得と同時に提出及び扶養増(追加)の場合のみ記入してください。
- ※ 認定対象者の状態により、照会及び各種証拠書類の提出をお願いすることがありますのでご了承ください。
- ※ 被扶養者から削除する届出をする場合は、その方の被保険者証を必ず添付(返却)してください。

当該届は、必ず事実に基づき記入してください。(万一、虚偽の申請により被扶養者認定を受けたことが判明した場合は、遡って認定を取り消し、医療費等の給付金も返還していただくことになります。)

受付日付