

健康保険被扶養者(異動)届

年 月 日 提出

受付年月日

事業主 記入欄	事業所 名称	
	事業主 氏名	
	事業所 所在地	
	<input type="checkbox"/> 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。	
事業主が確認した 場合に○で囲んで ください。	確認 <input type="checkbox"/> 収入に関する証明の添付が省略されている者は、所得税法上の 控除対象配偶者・扶養親族であることを確認しました。	
	確認 <input type="checkbox"/> 被保険者との続柄に関する証明書類が省略されている者については、 続柄を確認しています。	

社会保険労務士記入欄

被保険者欄	被保険者等 記号・番号		生年 月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女	標準報酬 月額		年収	
	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	取得 年月日	昭・平・令	年	月	日	住所	〒	—	千円	円

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」を○で囲んでください。

被扶養者欄 1	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	個人 番号		生年 月日	昭・平・令	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。	海外特例 要件	海外特例要件 該当	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 <input type="checkbox"/> 被扶養者にな った日 令和 年 月 日	職業	1.無職 2.パート 3.年金受給者	4.小・中学生以下 5.高・大学生(年生) 6.その他()	年収	円	理由	1.出生 2.退職 3.収入減 4.同居 5.その他()						
	非該当 <input type="checkbox"/> 被扶養者で なくなった日 令和 年 月 日	理由	1.死亡 2.就職 3.収入増加	4.後期高齢者 5.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・令	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。	海外特例 要件	海外特例要件 該当	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 <input type="checkbox"/> 被扶養者にな った日 令和 年 月 日	職業	1.無職 2.パート 3.年金受給者	4.小・中学生以下 5.高・大学生(年生) 6.その他()	年収	円	理由	1.出生 2.退職 3.収入減 4.同居 5.その他()						
	非該当 <input type="checkbox"/> 被扶養者で なくなった日 令和 年 月 日	理由	1.死亡 2.就職 3.収入増加	4.後期高齢者 5.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 3	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	個人 番号		生年 月日	昭・平・令	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。	海外特例 要件	海外特例要件 該当	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 <input type="checkbox"/> 被扶養者にな った日 令和 年 月 日	職業	1.無職 2.パート 3.年金受給者	4.小・中学生以下 5.高・大学生(年生) 6.その他()	年収	円	理由	1.出生 2.退職 3.収入減 4.同居 5.その他()						
	非該当 <input type="checkbox"/> 被扶養者で なくなった日 令和 年 月 日	理由	1.死亡 2.就職 3.収入増加	4.後期高齢者 5.その他()	備考	資格確認書 発行要否		<input type="checkbox"/> 発行が必要						

2024.12改

被保険者の配偶者が被扶養者ではないとき(例: 夫婦共働きの場合)は記入してください。	配偶者の年収見込額	円
-----------------------------------------------	-----------	---

※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。

扶養に関する申立書(添付書類の内容について補足する事項がある場合に記入してください)
申立の事実と相違ありません。 氏名

記入方法

○被保険者欄

- ・被保険者等記号・番号 : 資格取得時に払い出された被保険者等記号・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。
- ・年収 : 被保険者の今後1年間の年間収入見込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。これ以外の場合は、必要書類が揃い健康保険組合で受け付けた日となります。
- ・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。
- ・備考 : 事業主が戸籍謄本等で被保険者と扶養認定を受ける方の続柄を確認した場合は、「※続柄確認済み」の口に✓を付してください。
- ・配偶者の年収見込額 : 配偶者以外を被扶養者とする場合で、被保険者の配偶者が被扶養者でないときは配偶者の年間収入見込額をご記入ください。
これは、配偶者以外の方について、被保険者と配偶者のどちらの被扶養者に認定するのが適正なのかを確認するためです。
- ・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取得していない者、マイナンバーカードの返納者
- ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

必要書類

- ・デサント健康保険組合ホームページ掲載の「扶養認定時に必要な提出書類一覧表」を確認の上、状況に応じた書類の添付をしてください。