正

届書種別		処理区分			
適	3	所 属	営業システム 開発 部		IT 課
※			東京 支店	丸の内 支社	

健康保険 被扶養者(異動)届

<削除・記入例>

常務理事	事務長	役 席		担当

ア.※印の欄は記入しない
てください。

* 状況により追加書類をご提出いただくことがありますのでご了承ください
* [記入の方法]をよく読んで記入してください

イ.認定年月日は健康保険組合が届出に基づき扶養を認めた日となります。

① 被保険者の記号		② 被保険者の番号				③ 被 保 険 者 の 氏 名				④ 生 年 月 日				⑤ 性別		⑥ 資 格 取 得 年 月 日				⑦ 標 準 報 酬 月 額												
1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	安 田 次 郎				昭和	4	0	0	1	0	1	男	平成	3	0	0	1	0	1	0	3	0	0
⑧ (フリガナ) トウキョウト チヨダク オオテマチ 〒100-0004 被保険者の住所(住民票) 東京都千代田区大手町1-7-2						被保険者電話番号		市外(03)		⑨ 今後の年収見込額 5,000 千円		★配偶者を被扶養者にしていないときのお子様を申請する場合…下記の1.~3.のいずれか該当番号および箇所に○をつけ、必要事項を記入してください。 1. *離婚 (1)親権 無 有 (2)養育費 無 有 月額 円 *未婚 (3)未婚の場合 結婚の予定 無 有 年 月 頃 2. 死 別 3. 配偶者あり(夫婦共同扶養) ⇒「記入の方法」の「子の届書に添付して提出するもの」4.を参照ください。																				
⑩ 異動の別		⑪ フリガナ 被扶養者の氏名		⑫ 生 年 月 日 個人番号(マイナンバー)				⑬ 性別 続柄		⑭ 同居 別居		⑮ 被扶養者になった日 被扶養者認定年月日				⑯ 被扶養者から除かれた日 被扶養者削除年月日				⑰ 職 業 月平均収入額		⑱ ⑯の「理由」および「年月日」		⑲ 現在加入の健 保 名 備 考								
減		ヤスダ ショウタロウ (氏)(名) 安 田 小 太 朗		平成 1 0 0 1 0 1				男 長男		別		令和 0 3 1 1 0 1				社員 180,000 円 就職 令和3年11月1日				協会けんぽ 埼玉支部												
⑳ 日本国内に、住民票の有無を右欄へ記入。 ※無しの場合は、次項㉑欄の記入必須。						有		㉑ 日本国内に被扶養者の住民票が無いが、【別紙:例外要件】を満たす場合にはその該当番号を右欄へ記入。																								
㉒ 住所(住民票) 〒 123 - 4567 東京都〇〇区△△町4-5-6																																
㉒ 日本国内に、住民票の有無を右欄へ記入。 ※無しの場合は、次項㉑欄の記入必須。						有		㉑ 日本国内に被扶養者の住民票が無いが、【別紙:例外要件】を満たす場合にはその該当番号を右欄へ記入。																								
㉒ 住所(住民票) 〒 -																																
㉒ 日本国内に、住民票の有無を右欄へ記入。 ※無しの場合は、次項㉑欄の記入必須。						有		㉑ 日本国内に被扶養者の住民票が無いが、【別紙:例外要件】を満たす場合にはその該当番号を右欄へ記入。																								
㉒ 住所(住民票) 〒 -																																

令和 03 年 11 月 05 日 提出

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	() 番

<申請内容に、万一事実との相違が判明した場合の取扱い>

① 認定(加入):被扶養者としての認定を遡って取消し、または認定日付の訂正をいたします。
 ② 削除(減少):被扶養者としての削除日付を遡って訂正いたします。
 ③ ①・②の結果、保険給付費等の返納義務が発生した場合、すみやかにその間(被扶養者としての期間がない間)の保険給付費等を返還していただきます。

※ 受付日付印