

健康保険被扶養者（異動）届

令和 年 月 日 提出

事業主記入欄	事業所所在地	〒 -
	名称	
	事業主氏名	
	電話番号	-
下記のとおり、被保険者から届出がありましたので提出します。		

常務理事	事務長	課長	係長	係員

受付印

社会保険労務士記載欄 氏名等

被保険者欄	① 被保険者	記号	1 × ×	番号	2 × × ×	② 資格取得日	③ 標準報酬月額	360 千円
	④ 氏名	(フリガナ) キカン (氏) 機缶	(名) タロウ 太郎	⑤ 性別	⑥ 生年月日	備考		
	⑦ 現住所	〒 136 - 0071 東京都江東区亀戸 × - × × - ×	⑧ 被扶養者ではない配偶者の有無	有 ・ 無	※有の場合は、夫婦共同扶養に伴い、下記に配偶者の年収をご記入願います。 年間収入 万円			

被扶養者欄 1	⑨ 氏名	(フリガナ) キカン (氏) 機缶	(名) ハナコ 花子	⑩ 性別	⑪ 生年月日	⑫ 続柄		
	⑬ 異動の別	① 増加 2. 減少	⑭ 申請理由	例) 出生、就職 取得	⑮ 職業	例) 無職、会社員 無職	⑯ 年間収入	※給与、年金も含む 0 千円
	⑰ 健保記入欄：扶養認定日 または、削除日	9.令和 年 月 日 6 4 1	⑱ 申請者欄：扶養認定日 または、削除日	9.令和 年 月 日 6 4 1	⑲ 個人番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇		
	⑳ 同居 別居	㉑ 住民票住所	〒 - 連絡先 090 - × × × × - × × × ×	㉒ 資格確認書 発行要否	㉓ 発行理由	㉔ 失業給付の 受給予定		
	㉕ 現住所 ※住民票住所と異なる 場合のみ記入	〒 -	発行が必要 ☒	※裏面の㉒を参照 発行理由を記入 ⇒	3	有 ・ 無		

被扶養者欄 2	⑨ 氏名	(フリガナ) キカン (氏) 機缶	(名) ケン 健	⑩ 性別	⑪ 生年月日	⑫ 続柄		
	⑬ 異動の別	① 増加 2. 減少	⑭ 申請理由	例) 出生、就職 取得	⑮ 職業	例) 無職、会社員 小5	⑯ 年間収入	※給与、年金も含む 0 千円
	⑰ 健保記入欄：扶養認定日 または、削除日	9.令和 年 月 日 6 4 1	⑱ 申請者欄：扶養認定日 または、削除日	9.令和 年 月 日 6 4 1	⑲ 個人番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇		
	⑳ 同居 別居	㉑ 住民票住所	〒 - 連絡先 - -	㉒ 資格確認書 発行要否	㉓ 発行理由	㉔ 失業給付の 受給予定		
	㉕ 現住所 ※住民票住所と異なる 場合のみ記入	〒 -	発行が必要 ☐	※裏面の㉒を参照 発行理由を記入 ⇒		有 ・ 無		

被扶養者欄 3	⑨ 氏名	(フリガナ)	(名)	⑩ 性別	⑪ 生年月日	⑫ 続柄		
	⑬ 異動の別	1. 増加 2. 減少	⑭ 申請理由	例) 出生、就職	⑮ 職業	例) 無職、会社員	⑯ 年間収入	※給与、年金も含む 千円
	⑰ 健保記入欄：扶養認定日 または、削除日	9.令和 年 月 日	⑱ 申請者欄：扶養認定日 または、削除日	9.令和 年 月 日	⑲ 個人番号			
	㉑ 同居 別居	㉒ 住民票住所	〒 - 連絡先 - -	㉓ 資格確認書 発行要否	㉔ 発行理由	㉕ 失業給付の 受給予定		
	㉖ 現住所 ※住民票住所と異なる 場合のみ記入	〒 -	発行が必要 ☐	※裏面の㉒を参照 発行理由を記入 ⇒		有 ・ 無		

この届は、被扶養者の新規または異動（増減）の手続きが生じた時、その日から5日以内に事業主を経由して組合に提出。

★ 認定条件

主として、被保険者の収入により、生計を維持されている事が必要です。認定については、対象者の年間収入が
130万円未満かつ被保険者の年間収入の2分の1未満（60歳以上、障害厚生年金受給者は年間180万円未満）
別居の場合、うえの条件及び被保険者からの仕送り額より少ない収入

《記入方法》

○被保険者欄

- ① ・被保険者の記号・番号 : 資格取得時に払い出しされた被保険者記号・番号をご記入ください。
- ② ・取得年月日 : 事業所に雇用されるようになった時、その日をご記入ください。
- ③ ・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。
- ④ ・氏名 : 氏名は住民票に登録されているものと同じ氏名をご記入ください。
- ⑤ ・性別 : 該当するものを○で囲んでください。
- ⑥ ・生年月日 : 年号は該当するものを○で囲んでください。
- ⑦ ・現住所 : 住民票の住所をご記入ください。
- ⑧ ・被扶養者ではない配偶者 : 被保険者として健康保険に加入されている配偶者
有 : 年間収入をご記入ください。（育休中の場合は、育休前の年間収入をご記入ください。）
無 : 配偶者なし

○被扶養者欄

- ⑨ ・氏名 : 氏名は住民票に登録されているものと同じ氏名をご記入ください。
- ⑩ ・性別 : 該当するものを○で囲んでください。
- ⑪ ・生年月日 : 年号は該当するものを○で囲んでください。
- ⑫ ・続柄 : 被保険者との続柄を「夫」、「妻」、「長男」、「長女」、「父」、「母」等とご記入ください。
- ⑬ ・異動の別 : 新たに扶養になる場合は1.増加、扶養でなくなる場合は2.減少に○をしてください。
- ⑭ ・申請理由 : 申請理由「資格取得」、「退職後の加入」、「失業給付終了」等をご記入ください。
- ⑮ ・職業、学年 : パート・アルバイト、会社員、無職、大学、高校、中学、小学生学年（小5）、幼児をご記入ください。
- ⑯ ・年間収入 : 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)も含みます。
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うえ、具体的な内容をご記入ください。
- ⑰ ・健保記載欄 : 機缶健康保険組合で記入します。
- ⑱ ・申請者記載欄 : 扶養認定日または、削除日
- ⑲ ・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。
- ⑳ ・住民票住所 : **住民票住所をご記入ください。**
- ㉑ ・現住所 : 住民票住所と異なる場合のみご記入ください。
- ㉒ ・資格確認書発行要否 : 資格確認書の発行が必要な場合（※）は「発行が必要 □」にチェックを入れてください。
※以下に該当する場合に限ります。

- | |
|---|
| 1.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 |
| 2.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 |
| 3.マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者 |

- ㉓ ・発行理由 : 該当する発行理由を㉒から選択し、ご記入してください。

- ㉔ ・失業給付の受給予定
有 : 失業給付受給予定または、手続中の方。
(基本手当日額が3,611円を超えていないかご確認ください。超えた場合は、事業所にご確認のうえ手続きをお願いいたします。)
※失業給付の支払い日が決定しましたら、雇用保険受給資格者証の両面コピーを添付のうえ、異動届により減少の手続きをお願いいたします。
無 : 失業給付該当しない場合または、失業給付の受給をしない場合
※失業給付受給をしない場合は、雇用保険被保険者資格喪失通知書のコピーを添付のうえ、異動届により増加の手続きをお願いいたします。