|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 課長 | 係長 | 係員 |
|  |  |  |  |  |

〒　　　－

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

様

健康保険　被扶養者（異動）届

⑰原則、身分関係・生計維持に関する証明には公的証明書の添付が必要ですが、事業主が自らの保有する情報に基づき確認をした場合には添付書類が省略できます。（※裏面参照）各被扶養申請者について、添付書類が省略できることを確認した場合は、下記を○で囲み、事業主印を押印してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ① 被 保 険 者 証  の 記 号 番 号 | | |  | |  | | | | | | ②標準報酬  月額 | | | | ㊞  事業主氏名  千円 | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者の氏名  ③  および生年月日 | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | ④資格取得  　の年月日 | | | | | | | | 昭和  平成  令和 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | ⑤被保険者  の住所 | 〒　　　　－ | | |
| 昭・平・令　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| ⑥被扶養者 | ⑦増減別 | ⑧　フリガナ | | ⑨性　別 | | ⑩被扶養者の  生年月日 | | | | | | | | ⑪続柄  （長男・長女など） | | | | | | | ⑫被扶養者の職業  (在学校名及び学年) | | | | | | | | | | | | ⑬被保険者との  同居・別居の年月日 | | | | | | | ⑭被扶養者の住所 | | ⑮扶養し始めた日  または  扶養しなくなった日 | ⑯扶養し始めた理由  または  扶養しなくなった理由 | **健保**  **確認印** |
| 被扶養者の氏名 | |
| １ | 増　減 |  | | 男　女 | | 昭平令 | 年　　月　　日 | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | 同居　　　別居 | | | | | | | 〒　　　　－ | | 年　　月　　日 |  |  |
|  | | 年　　月　　日 | | | | | | |
| マイナンバー  （個人番号） | | | | |  | | | |  |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | |  | | |  |  |
| ２ | 増　減 |  | | 男　女 | | 昭平令 | 年　　月　　日 | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | 同居　　　別居 | | | | | | | 〒　　　　－ | | 年　　月　　日 |  |  |
|  | | 年　　月　　日 | | | | | | |
| マイナンバー  （個人番号） | | | | | |  | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | |  |  |
| ３ | 増　減 |  | | 男　女 | | 昭平令 | 年　　月　　日 | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | 同居　　　別居 | | | | | | | 〒　　　　－ | | 年　　月　　日 |  |  |
|  | | 年　　月　　日 | | | | | | |
| マイナンバー  （個人番号） | | | | | |  | | |  |  | | |  | |  | | | | |  | | |  | | | |  | |  |  | | |  | |  |
| ４ | 増　減 |  | | 男　女 | | 昭平令 | 年　　月　　日 | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | 同居　　　別居 | | | | | | | 〒　　　　－ | | 年　　月　　日 |  |  |
|  | | 年　　月　　日 | | | | | | |
| マイナンバー  （個人番号） | | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  | | | | |  |  | | | |  | | |  |  | | |  | |  |

事業所名称

確認

確認

確認

確認

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被扶養者１ | 被扶養者２ | 被扶養者３ | 被扶養者４ |
|  |  |  |  |

令和　　　年　　　月　　　日　提出

**◎⑯の欄に必ず理由を記入してください。**

**扶養し始めた場合｛出生、退職、結婚、収入の減　等｝扶養しなくなった場合｛就職（第２号被保険者の取得）、離婚、収入の増、死亡　等｝**

**◎家族を扶養から削除する場合は、マイナンバー（個人番号）の記入は必要ありません。**

**◎裏面の「注意事項」をよくお読みのうえ、必要書類を添えてご提出ください。**

（令和1年5月1日　改）

You

〒　　　－

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

様

健康保険　被扶養者（異動）届

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ① 被 保 険 者 証  の 記 号 番 号 | | |  | |  | | | ②標準報酬  月額 | | 千円 | | |
| 被保険者の氏名  ③  および生年月日 | | |  | | | | | | |  | | ④資格取得  　の年月日 | | 昭和  平成  令和 | | 年　　　月　　　日 | | ⑤被保険者  の住所 | 〒　　　　－ | | |
| 昭・平・令　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |
| ⑥被扶養者 | ⑦増減別 | ⑧　フリガナ | | ⑨性　別 | | ⑩被扶養者の  生年月日 | | | ⑪続柄  （長男・長女など） | | ⑫被扶養者の職業  (在学校名及び学年) | | | | ⑬被保険者との  同居・別居の年月日 | | ⑭被扶養者の住所 | | ⑮扶養し始めた日  または  扶養しなくなった日 | ⑯扶養し始めた理由  または  扶養しなくなった理由 | **健保**  **確認印** |
| 被扶養者の氏名 | |
| １ | 増　減 |  | | 男　女 | | 昭平令 | 年　　月　　日 | |  | |  | | | | 同居　　　別居 | | 〒　　　　－ | | 年　　月　　日 |  |  |
|  | | 年　　月　　日 | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| ２ | 増　減 |  | | 男　女 | | 昭平令 | 年　　月　　日 | |  | |  | | | | 同居　　　別居 | | 〒　　　　－ | | 年　　月　　日 |  |  |
|  | | 年　　月　　日 | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| ３ | 増　減 |  | | 男　女 | | 昭平令 | 年　　月　　日 | |  | |  | | | | 同居　　　別居 | | 〒　　　　－ | | 年　　月　　日 |  |  |
|  | | 年　　月　　日 | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| ４ | 増　減 |  | | 男　女 | | 昭平令 | 年　　月　　日 | |  | |  | | | | 同居　　　別居 | | 〒　　　　－ | | 年　　月　　日 |  |  |
|  | | 年　　月　　日 | |
|  | | | | | | | | | | | | |

令和　　　年　　　月　　　日　提出

**◎⑯の欄に必ず理由を記入してください。**

**扶養し始めた場合｛出生、退職、結婚、収入の減　等｝扶養しなくなった場合｛就職（第２号被保険者の取得）、離婚、収入の増、死亡　等｝**

**◎家族を扶養から削除する場合は、マイナンバー（個人番号）の記入は必要ありません。**

**◎裏面の「注意事項」をよくお読みのうえ、必要書類を添えてご提出ください。**

（令和1年5月1日　改）

You