

健康保険被扶養者(異動)届

令和06年06月04日 提出

受付印

事業主記入欄	事業所名称	(株)日本触媒大阪本社	事業主氏名	人事部長 三穂野 弘文
	事業所所在地	大阪市中央区高麗橋4-1-1		
	電話番号	06-6223-9108		
	☒ 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	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	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。		

事業所・担当者が記入する欄

被保険者が記入する欄

社会保険労務士記入欄

被保険者欄	被保険者記号・番号	1010-1234	生年月日	昭・平・令	0	8	1	0	1	5	性別	男・女	標準報酬月額		年収	
	氏名	(フリガナ) ケンボ (氏) 健保 (名) タロウ 太郎	取得年月日	昭・平・令	0	5	1	2	2	5	住所	〒564-0034 大阪市北区〇〇				

被保険者の住民票住所

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」、氏名や住所などの変更の場合は「変更」を○で囲んでください。

被扶養者欄1	氏名	(フリガナ) ケンボ (氏) 健保 (名) ハナコ 花子	個人番号	マイナンバーは記入しない										
	住所	〒100-0051 東京都港区〇〇	生年月日	昭・平・令	0	8	1	0	1	5	性別	男・女	続柄	妻
	1. 同居	2. 別居	3. 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	海外特例要件	海外特例要件	海外特例要件	海外特例要件	海外特例要件	海外特例要件	海外特例要件	海外特例要件	海外特例要件
	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	80万 円	理由	1. 出生	4. 同居	5. その他(本人入社)		

被保険者と被扶養者の住民票住所が異なる場合のみ被扶養者の住民票住所を記入
同じ場合は記入不要新規加入者でマイナ保険証がない人は
資格確認書の発行が必要に☑を入れる。

4. 以外は別途証明書類を添付のこと

- 無職 ⇒ 直近の非課税証明書
- パート ⇒ 直近3か月分の給与明細
- 年金受給者 ⇒ 年金決定通知書
- 高校生・大学生 ⇒ 学生証
- 離職者 ⇒ 離職票・退職証明書など
- 雇用保険終了者 ⇒ 雇用保険支給終了がわかる書類

夫婦共働きで子を扶養する場合には、
配偶者の年収の見込額を記入
＝年収の多い方の扶養とする

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	約 300万円
--	-----------	---------

※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)

健保からの送付物を上記住所以外に送付希望の場合はこちらに送付先を記入すること

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。
・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。 : 健保からの送付物を別の住所に送付希望の方は、最下段の空欄に送付先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、被保険者の海外赴任に被扶養者が帯同する場合、住民票住所・居所の記入は不要です。
・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。
・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	: 被扶養者情報に変更がある場合は、変更の内容とその理由をご記入ください。
・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。 ・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取得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