

健康保険被扶養者 新 規 動 届

理事長	常務理事	事務長	担当

※現住所と異なる場合は住民票上の住所を記入してください

被 保 険 者 情 報	被保険者証の記号・番号	-	生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	性別	1.男 2.女	
	氏名		取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	←新規加入時(資格取得)のみ記入		
	現住所	〒								
	住民票の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ 〒								

※被扶養者が増えた場合は、別途用紙にてマイナンバーをお知らせください

被 扶 養 者 情 報 1	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	続柄	生年月日	年	月	日	性別	1.男 2.女	
	職業	1.無職 2.パート・アルバイト 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	万円
	現住所	※被保険者と別居の場合記入 〒									資格確認書 発行要否	
	住民票の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ 〒									<input type="checkbox"/> 発行が必要	
	被扶養者になった日	7.平成 9.令和	年	月	日	1.出生 2.離職 3.収入減 4.同居 5.その他()	被扶養者でなくなった日	7.平成 9.令和	年	月	日	1.死亡 2.就職 3.収入増加 4.後期高齢者 5.その他()
	海外特例要件	<input type="checkbox"/> 該当 1.留学 2.同行家族 3.特定活動 4.海外婚姻等 5.その他() <input type="checkbox"/> 非該当 1.国内転入(令和 年 月 日) 2.その他()										
被 扶 養 者 情 報 2	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	続柄	生年月日	年	月	日	性別	1.男 2.女	
	職業	1.無職 2.パート・アルバイト 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	万円
	現住所	※被保険者と別居の場合記入 〒									資格確認書 発行要否	
	住民票の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ 〒									<input type="checkbox"/> 発行が必要	
	被扶養者になった日	7.平成 9.令和	年	月	日	1.出生 2.離職 3.収入減 4.同居 5.その他()	被扶養者でなくなった日	7.平成 9.令和	年	月	日	1.死亡 2.就職 3.収入増加 4.後期高齢者 5.その他()
	海外特例要件	<input type="checkbox"/> 該当 1.留学 2.同行家族 3.特定活動 4.海外婚姻等 5.その他() <input type="checkbox"/> 非該当 1.国内転入(令和 年 月 日) 2.その他()										
被 扶 養 者 情 報 3	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	続柄	生年月日	年	月	日	性別	1.男 2.女	
	職業	1.無職 2.パート・アルバイト 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	万円
	現住所	※被保険者と別居の場合記入 〒									資格確認書 発行要否	
	住民票の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ 〒									<input type="checkbox"/> 発行が必要	
	被扶養者になった日	7.平成 9.令和	年	月	日	1.出生 2.離職 3.収入減 4.同居 5.その他()	被扶養者でなくなった日	7.平成 9.令和	年	月	日	1.死亡 2.就職 3.収入増加 4.後期高齢者 5.その他()
	海外特例要件	<input type="checkbox"/> 該当 1.留学 2.同行家族 3.特定活動 4.海外婚姻等 5.その他() <input type="checkbox"/> 非該当 1.国内転入(令和 年 月 日) 2.その他()										

【事業主記載欄】

①②の要件を満たしたものであることを確認し、して下さい。事業主の確認で添付資料の省略をした場合は③④にしてください。

要件	<input type="checkbox"/> 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 <input type="checkbox"/> 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。
添付資料	<input type="checkbox"/> 収入に関する証明の添付が省略されているものは、所得税法上の控除対象配偶者(※)または控除対象扶養家族であることを確認しました。(※年末調整の際「配偶者控除」に該当する予定の配偶者) <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。(※内縁関係の場合は省略できません)

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	
事業所名称	