

# 健康保険被扶養者 新規異動届

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

被保険者証の記号・番号	1 0 2 6 - 2 0 1 7	生年月日	5.昭和 7.平成 5 4 0 9 1 1	性別	1.男 2.女
氏名	新栄 健一		取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	
現住所	〒460-0002 名古屋市中区丸の内3-7-19				
住民票の住所	<input checked="" 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

扶養家族を追加する場合(1)

氏名	(フリガナ) シンサカエ	(氏) 新栄	(名) ユウコ	続柄	妻	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 0 1 0 4 1 2	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( )								
現住所	※被保険者と別居の場合記入 〒							資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要
住民票の住所	<input checked="" 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 0 1 0 7 2 1	1.出生 2.離職 3.収入減 4.同居 5.その他( 結婚 )		被扶養者でなくなった日	7.平成 9.令和			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( )				

扶養家族を追加する場合(2)

氏名	(フリガナ) シンサカエ	(氏) 新栄	(名) コウジロウ	続柄	次男	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 0 3 0 5 1 8	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( )								
現住所	※被保険者と別居の場合記入 〒							資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要
住民票の住所	<input checked="" 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 0 3 0 5 1 8	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			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( )				

扶養家族から外す場合

氏名	(フリガナ) シンサカエ	(氏) 新栄	(名) ケンタロウ	続柄	長男	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 1 7 0 7 2 1	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( 3 年生) 6.その他( )								
現住所	※被保険者と別居の場合記入 〒500-8323 岐阜県岐阜市鹿島町7-111							資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要
住民票の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ 〒460-0002 名古屋市中区丸の内3-7-19							<input type="checkbox"/> 発行が必要	
被扶養者になった日	7.平成 9.令和	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 0 6 0 4 0 1			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   | ① <input type="checkbox"/> 申請者本人(被保険者)が作成したものである。   |
|      | ② <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 | ③ <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) |
|      | ④ <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)                            |

事業所所在地	
事業所名称	

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 提出

中部日本放送健康保険組合