

健康保険被扶養者異動届（増・減）

常務理事	事務長	係

被保険者証の号一番号	—	被保険者の氏名	マイナンバー記入欄（資格取得時のみ記入）	⑨	所 属	被保険者の生年月日	昭和・平成 年 月 日			
被保険者の勤務する事業所の名称				この届が受理された後の被扶養者数		名	この届が受理される前の被扶養者数	名		
資格取得の年月日		昭和・平成・令和 年 月 日		被保険者の住所				〒		
増加又は減少の別	増加又は減少被扶養者氏名 氏 名	性 別	被扶養者の生年月日	続 柄	※取得又は喪失年月日	職 業	月平均収入額	被保険者と被扶養者の世帯別	扶養（しはじめた・しなくなった）理由及びその年月日	備 考
増・減	(ふりがな)	1. 男 2. 女	年 月 日	9. 令	年 月 日			同世帯・別世帯	年 月 日	マイナンバー記入欄
	5. 昭 7. 平 9. 令									
増・減	(ふりがな)	1. 男 2. 女	年 月 日	9. 令	年 月 日			同世帯・別世帯	年 月 日	マイナンバー記入欄
	5. 昭 7. 平 9. 令									
増・減	(ふりがな)	1. 男 2. 女	年 月 日	9. 令	年 月 日			同世帯・別世帯	年 月 日	マイナンバー記入欄
	5. 昭 7. 平 9. 令									

年 月 日 提出

(令和01.4改正)

【 事業主記載欄 】事業主の確認により添付書類又は本人押印・署名を省略した場合は、該当するものにチェックをしてください。

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(※)又は控除対象扶養親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

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。

本人押印・署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。

1. この届けは被扶養者に異動(増減)を生じたときに、その日から5日以内に事業主を経由して組合へ提出するものです。

2. この届けは、増加と削除(減少)をそれぞれ別紙とすること。

3. それぞれ該当する文字を○でかこんでください。

4. 続柄には上段に「妻」「内縁の妻」「長男」「養子」「孫」「実父」「養母」「養父の兄」「妻の姉」「弟」など詳しく書いてください。

5. 被扶養者の認定上特に解釈の困難なものには市区町村長証明書、医師の診断書、在学証明書等を添付してください。

受 付 日 印

(注 意)