

# 健康保険被扶養者（異動）届

|      |     |    |    |
|------|-----|----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係員 |
|      |     |    |    |

正

◎ ◎ ◎ ◎  
 一事業主の押印は記入しては、署名（自筆）の場合は省略できます。  
 ◎ 被保険者本人自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。被保険者本人以外の方の押印は省略す  
 ◎ 同時届け部分の記入には、必ず記入してください。ただし、この届書の3枚目の国民年金第3号被保険者にかかると  
 ◎ 網掛け部分の記入は、必ず記入してください。ただし、この届書の3枚目の国民年金第3号被保険者にかかると  
 ◎ 被保険者本人の押印は記入しては、署名（自筆）の場合は省略できます。

|       |                |           |         |         |        |                           |               |                       |   |                |          |    |
|-------|----------------|-----------|---------|---------|--------|---------------------------|---------------|-----------------------|---|----------------|----------|----|
| 職員番号  | 所属先            | 健康保険被保険者証 |         | 被保険者の氏名 |        | ③ 生年月日                    | ④ 性別          | ④ 異動の別                | ⑤ 変更内容（削除（変更）の場合）   | ⑥ 資格取得年月日      | ⑦ 標準報酬月額 | 送信 |
|       |                | ① 記号      | ② 番号    | (フリガナ)  | (氏)    | ★明.1<br>大.3<br>昭.5<br>平.7 | ★男.1<br>女.2   | ★追加1<br>削除2<br>(変更)   | ★1.死亡<br>2.氏名変更(訂正)<br>3.生年月日訂正 4.性別訂正<br>5.その他           | 昭和・平成<br>年 月 日 | 千円       |    |
| 被保険者欄 | 基礎年金番号又は手帳記号番号 | 郵便番号      | 被保険者の住所 |         | ※住所コード | (フリガナ)                    | 単身赴任<br>手当の有無 | 被扶養者<br>でない配偶<br>者の有無 | 左欄において被扶養者でない配偶者を<br>有するときに記入してください<br>配偶者の年間収入 被保険者の年間収入 | 円              | 円        |    |

|                  |                           |                           |   |                                  |                       |               |                             |                  |      |
|------------------|---------------------------|---------------------------|---|----------------------------------|-----------------------|---------------|-----------------------------|------------------|------|
| ③ 基礎年金番号又は手帳記号番号 | ⑦ 生年月日（訂正後）               | ⑧ 手帳記号番号                  | 被扶養者（第3号被保険者）になった理由   |                                  | 被扶養者（第3号被保険者）でなくなった理由 |               |                             |                  |      |
|                  | ★明.1<br>大.3<br>昭.5<br>平.7 |                           | ★ア 被保険者が被用者保険制度に加入 b 共済年金→厚生年金 c 被扶養者の離職<br>イ 被保険者の所属する年金制度の変更 c 共済年金→共済年金 オ 被扶養者の所得減少<br>a 厚生年金→共済年金 ウ 婚姻 カ その他( ) |                                  | ★死亡<br>その他( )         |               |                             |                  |      |
| ⑤ 被扶養者<br>番号     | ⑥ 被扶養者の氏名                 | ⑦ 生年月日                    | ⑧ 性別  | ⑨ 続柄                             | ⑩ 被扶養者になった日           | ⑪ 被扶養者でなくなった日 | ⑫ 被扶養者の職業・収入                | ⑬ 被保険者<br>回収区分   | ⑭ 備考 |
|                  | (フリガナ)<br>(氏) (名)         | ★明.1<br>大.3<br>昭.5<br>平.7 | ★男.1<br>女.2   | ※                                | 平成 年 月 日              | 平成 年 月 日      | 職業 月額<br>平均 円<br>年間 円<br>見込 | ※添付<br>返不能<br>滅失 |      |
| ⑮ 郵便番号           | ⑯ 被扶養者の住所（被保険者と別居の場合のみ記入） |                           | ⑰ 氏名変更(訂正)年月日   | ⑱ 外国人<br>区分                      | ⑲ 被扶養者の通称名            | ⑳ 性別(注)       |                             |                  |      |
|                  | ※住所コード (フリガナ)             |                           | 平成 年 月 日  | ★0.日本人<br>1.米国人<br>2.1以外の<br>外国人 | (フリガナ)<br>(氏) (名)     |               |                             |                  |      |

| ⑤ (被扶養者)番号 | ⑥ 被扶養者の氏名         | ⑦ 生年月日                    | ⑧ 性別        | ⑨ 続柄 | ⑩ 被扶養者になった日 | ⑪ 被扶養者でなくなった日 | ⑫ 職業・収入<br>(月額・年額のうち<br>いずれかに○) | ⑬ 被扶養者<br>になった理由又は<br>除かれた理由 | ⑭ 被扶養者の住所 | ⑮ 被保険者証<br>回収区分  |
|------------|-------------------|---------------------------|-------------|------|-------------|---------------|---------------------------------|------------------------------|-----------|------------------|
| ※          | (フリガナ)<br>(氏) (名) | ★明.1<br>大.3<br>昭.5<br>平.7 | ★男.1<br>女.2 | ※    | 平成 年 月 日    | 平成 年 月 日      | 職業 月額<br>年額 円                   |                              |           | ※添付<br>返不能<br>滅失 |
| ※          | (フリガナ)<br>(氏) (名) | ★明.1<br>大.3<br>昭.5<br>平.7 | ★男.1<br>女.2 | ※    | 平成 年 月 日    | 平成 年 月 日      | 職業 月額<br>年額 円                   |                              |           | ※添付<br>返不能<br>滅失 |
| ※          | (フリガナ)<br>(氏) (名) | ★明.1<br>大.3<br>昭.5<br>平.7 | ★男.1<br>女.2 | ※    | 平成 年 月 日    | 平成 年 月 日      | 職業 月額<br>年額 円                   |                              |           | ※添付<br>返不能<br>滅失 |
| ※          | (フリガナ)<br>(氏) (名) | ★明.1<br>大.3<br>昭.5<br>平.7 | ★男.1<br>女.2 | ※    | 平成 年 月 日    | 平成 年 月 日      | 職業 月額<br>年額 円                   |                              |           | ※添付<br>返不能<br>滅失 |

(事業主が確認した場合に○を記入してください。)

|    |   |
|----|---|
| 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。 |
|----|---|

上記のとおり被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します。

令和 年 月 日提出

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

令和 年 月 日提出

|            |            |    |
|------------|------------|----|
| ⑳ 被保険者証の作成 | ※要0<br>不要1 | 送信 |
|------------|------------|----|

扶養に関する申立書  
 (添付書類が提出できない事由がある場合に記入して下さい。)

上記の事実と相違ありません。 氏名

社会保険労務士の提出代行印

R5.12

健康保険組合受付印

# 健康保険被扶養者（異動）届

《事業主控》

副

|                |     |          |  |  |                           |  |     |        |                          |               |  |               |                |  |         |   |  |
|----------------|-----|----------|--|--|---------------------------|--|-----|--------|--------------------------|---------------|--|---------------|----------------|--|---------|---|--|
| 職員番号           | 所属先 |          |  |  |                           |  |     |        |                          |               |  |               |                |  |         |   |  |
| 健康保険被保険者証      |     | ⑦被保険者の氏名 |  |  | ③生年月日                     |  |     | ④性別    | ④異動の別                    |               | ⑤変更内容(削除(変更)の場合)                                   |               | ⑥資格取得年月日       |  | ⑧標準報酬月額 |   |  |
| ①記号            |     | ②番号      |  |  | ★明.1<br>大.3<br>昭.5<br>平.7 |  |     | ★      | ★追加1<br>・<br>削除2<br>(変更) |               | ★1.死亡<br>2.氏名変更(訂正)<br>3.生年月日訂正<br>4.性別訂正<br>5.その他 |               | 昭和・平成<br>年 月 日 |  | 千円      |   |  |
| 基礎年金番号又は手帳記号番号 |     | 郵便番号     |  |  | 被保険者の住所                   |  |     | ※住所コード |                          | 被扶養者でない配偶者の有無 |  | 被扶養者でない配偶者の有無 |                | 左欄において被扶養者でない配偶者を有するときに記入してください<br>配偶者の年間収入<br>被保険者の年間収入 |         | 円 |  |
| 有・無            |     | 有・無      |  |  | 有・無                       |  | 有・無 |        | 有・無                      |               | 有・無  |               | 円              |  | 円       |   |  |

|                           |  |                           |  |  |                           |     |                                  |   |              |        |                                 |                        |                  |  |     |  |  |
|---------------------------|--|---------------------------|--|--|---------------------------|-----|----------------------------------|---|--------------|--------|---------------------------------|------------------------|------------------|--|-----|--|--|
| 基礎年金番号又は手帳記号番号            |  | ⑦生年月日(訂正後)                |  |  | ⑨手帳記号番号                   |     |                                  | ⑩被扶養者(第3号被保険者)になった理由  |              |        |                                 | ⑪被扶養者(第3号被保険者)でなくなった理由 |                  |  |     |  |  |
| ★明.1<br>大.3<br>昭.5<br>平.7 |  | ★明.1<br>大.3<br>昭.5<br>平.7 |  |  | ★明.1<br>大.3<br>昭.5<br>平.7 |     |                                  | ★ア 被保険者が被用者保険制度に加入<br>b 共済年金→厚生年金<br>エ 被扶養者の離職<br>イ 被保険者の所属する年金制度の変更<br>c 共済年金→共済年金<br>オ 被扶養者の所得減少<br>a 厚生年金→共済年金<br>ウ 婚姻<br>カ その他( ) |              |        |                                 | ★死亡<br>その他( )          |                  |  |     |  |  |
| ⑥被扶養者の氏名                  |  | ⑦生年月日                     |  |  | ⑧性別                       | ⑨続柄 | ⑩被扶養者になった日                       |   | ⑩被扶養者でなくなった日 |        | ⑪被扶養者の職業・収入                     |                        | ⑫被保険者<br>回収区分    |  | ⑬備考 |  |  |
| (フリガナ)<br>(氏) (名)         |  | ★明.1<br>大.3<br>昭.5<br>平.7 |  |  | ★<br>男.1<br>女.2           | ※   | 平成 年 月 日                         |   | 平成 年 月 日     |        | 職業<br>月額<br>平均<br>年間<br>見込<br>円 |                        | ※添付<br>返不能<br>滅失 |  |     |  |  |
| 郵便番号                      |  | 被扶養者の住所(被保険者と別居の場合のみ記入)   |  |  | ⑭氏名変更(訂正)年月日              |     | ⑮外国人<br>区分                       | ⑯被扶養者の通称名   |              | ⑰種別(注) |                                 |                        |                  |  |     |  |  |
| ※住所コード                    |  | (フリガナ)                    |  |  | 平成 年 月 日                  |     | ★0.日本人<br>1.米国人<br>2.1以外の<br>外国人 | (フリガナ)<br>(氏) (名)   |              |        |                                 |                        |                  |  |     |  |  |

|                   |  |                           |  |  |                 |     |            |  |              |  |                              |  |                             |  |          |  |                  |  |
|-------------------|--|---------------------------|--|--|-----------------|-----|------------|--|--------------|--|------------------------------|--|-----------------------------|--|----------|--|------------------|--|
| ⑥被扶養者の氏名          |  | ⑦生年月日                     |  |  | ⑧性別             | ⑨続柄 | ⑩被扶養者になった日 |  | ⑩被扶養者でなくなった日 |  | ⑪職業・収入<br>(月額・年額のうち)<br>れかに○ |  | ⑫被扶養者に<br>なった理由又は<br>除かれた理由 |  | ⑬被扶養者の住所 |  | ⑭被保険者証<br>回収区分   |  |
| (フリガナ)<br>(氏) (名) |  | ★明.1<br>大.3<br>昭.5<br>平.7 |  |  | ★<br>男.1<br>女.2 | ※   | 平成 年 月 日   |  | 平成 年 月 日     |  | 職業<br>月額<br>年額<br>円          |  |                             |  |          |  | ※添付<br>返不能<br>滅失 |  |
| (フリガナ)<br>(氏) (名) |  | ★明.1<br>大.3<br>昭.5<br>平.7 |  |  | ★<br>男.1<br>女.2 | ※   | 平成 年 月 日   |  | 平成 年 月 日     |  | 職業<br>月額<br>年額<br>円          |  |                             |  |          |  | ※添付<br>返不能<br>滅失 |  |
| (フリガナ)<br>(氏) (名) |  | ★明.1<br>大.3<br>昭.5<br>平.7 |  |  | ★<br>男.1<br>女.2 | ※   | 平成 年 月 日   |  | 平成 年 月 日     |  | 職業<br>月額<br>年額<br>円          |  |                             |  |          |  | ※添付<br>返不能<br>滅失 |  |
| (フリガナ)<br>(氏) (名) |  | ★明.1<br>大.3<br>昭.5<br>平.7 |  |  | ★<br>男.1<br>女.2 | ※   | 平成 年 月 日   |  | 平成 年 月 日     |  | 職業<br>月額<br>年額<br>円          |  |                             |  |          |  | ※添付<br>返不能<br>滅失 |  |

令和 年 月 日提出

|        |  |
|--------|--|
| 事業所所在地 |  |
| 事業所名称  |  |
| 事業主氏名  |  |
| 電話番号   |  |

この処分不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書又は口頭で社会保険審査官(地方厚生(支)局内)に対して審査請求をすることができます。また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。

再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2か月以内に文書又は口頭で社会保険審査会(厚生労働省内)に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6か月以内(再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6か月以内)に、健康保険組合を被告として提起することができます。(ただし、原則として、決定又は裁決の日から1年を経過したときは、提起することができなくなります。)

なお、審査請求があった日から2か月を経過しても決定がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。

健康保険組合受付印