

健康保険被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	担当者

被保険者証記号	記号番号	被保険者の氏名				性別	男 女	標準報酬月額	千円
被保険者の生年月日	昭和・平成年月日	資格取得年月日	昭和・平成・令和年月日					過去一年間の報酬以外の収入	
被保険者の現住所	〒								

被扶養者ではない配偶者を有するときに記入してください。 配偶者の収入(年収) 円

増・減に○	被扶養者氏名 (減:保険証添付・個人番号不要)	被扶養者の生年月日	昭和・平成・令和年月日			被扶養者の過去一年間の収入	円
増	(フリガナ)	性別	男・女	被保険者との関係	職業	扶養し始めた日	令和年月日
		個人番号	――――			扶養し始めた理由	扶養しなくなった理由

被扶養者の現住所 (※住民票の住所では、ありません) ◆扶養しなくなった際は、保険証を返却して下さい

住所	同居 別居	〒						
増・減に○	被扶養者氏名 (減:保険証添付・個人番号不要)	被扶養者の生年月日	昭和・平成・令和年月日			被扶養者の過去一年間の収入	円	
増	(フリガナ)	性別	男・女	被保険者との関係	職業	扶養し始めた日	令和年月日	
		個人番号	――――			扶養し始めた理由	扶養しなくなった理由	

被扶養者の現住所 (※住民票の住所では、ありません) ◆扶養しなくなった際は、保険証を返却して下さい

住所	同居 別居	〒						
増・減に○	被扶養者氏名 (減:保険証添付・個人番号不要)	被扶養者の生年月日	昭和・平成・令和年月日			被扶養者の過去一年間の収入	円	
増	(フリガナ)	性別	男・女	被保険者との関係	職業	扶養し始めた日	令和年月日	
		個人番号	――――			扶養し始めた理由	扶養しなくなった理由	

被扶養者の現住所 (※住民票の住所では、ありません) ◆扶養しなくなった際は、保険証を返却して下さい

住所	同居 別居	〒						
増・減に○	被扶養者氏名 (減:保険証添付・個人番号不要)	被扶養者の生年月日	昭和・平成・令和年月日			被扶養者の過去一年間の収入	円	
増	(フリガナ)	性別	男・女	被保険者との関係	職業	扶養し始めた日	令和年月日	
		個人番号	――――			扶養し始めた理由	扶養しなくなった理由	

被扶養者の現住所 (※住民票の住所では、ありません) ◆扶養しなくなった際は、保険証を返却して下さい

住所	同居 別居	〒						
----	----------	---	--	--	--	--	--	--

※提出先 → 人事総務部

令和 年 月 日 提出

確認欄	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。
<input type="checkbox"/>	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(被保険者)が確認している。

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	<input checked="" type="checkbox"/> 届出記入の個人番号・統柄に誤りがない事を確認しました。 事業主受付日: 令和 年 月 日	受付印
----------------------------------	--	-----

※「本帳票の内容は、業務上の連絡、給与等の支払、社会保険関係、福利厚生の提供、社員名簿・各種帳票の作成法律上の諸手続き、その他雇用管理上必要な諸手続きに利用します。

但し関係会社等あるいは上記の個人情報の利用目的並びに取扱いについて同意のうえ記入致します。

R3.3.4

(記 入 解 説)

【 提出先 】 本 社 (人事総務部)

【 条 件 】 親族または内縁者を扶養に『入れる』または『外す』場合

※ 夫婦共同(共働き)でお子様を扶養している場合、収入の多い方が扶養する事が原則です。

【 提出書類 】 当届出用紙 2部

添付書類:扶養に入る際に必要となります。

※ 扶養から外す場合は、外すご家族の保険証(カード)を必ず添付してください。

- | |
|---|
| ① 保険証の上部に記載されている記号(2ヶタ)を記入してください。 |
| ② 保険証の上部に記載されている番号を記入してください。 |
| ③ ご本人が氏名のご記入をお願いします。 |
| ④ ご本人の性別を記入してください。 |
| ⑤ ご本人の生年月日を記入してください。 |
| ⑥ ご本人が、文化シヤッター健康保険組合に加入した日を記入してください。(保険証に記載されている資格取得日です) |
| ⑦ ご本人の過去一年間の給与・賞与以外の収入を記入してください。 |
| ⑧ 現在、ご本人が住んでいる住所を記入してください。【注意】住民票の住所ではありません。 |
| ⑨ 配偶者以外を扶養する場合で、配偶者が被扶養者ではない時は、配偶者の今後1年間の年間収入見込額をご記入ください。
※これは、配偶者以外の者について、夫婦どちらの被扶養者にするか認定するのが適正なのか確認する為です。 |
| ⑩ ご家族の『増・減』について、該当するものに○を付けてください。(増=扶養に入る ・ 減=扶養から外す) |
| ⑪ ご家族の氏名ふりがな(カタカナ)を記入してください。 |
| ⑫ ご家族の氏名(漢字)を記入してください。 |
| ⑬ ご家族の生年月日を記入してください。 |
| ⑭ ご家族の過去一年間の総収入額を記入してください。 |
| ⑮ ご家族の続柄を記入してください。例:長男 長女 二男 二女 |
| ⑯ ご家族の職業を記入してください。 |
| ⑰ ご家族を扶養に『入れる日』または『外す日』を記入してください。 |
| ⑱ ご家族の個人番号(12ヶタ)を記入してください。 |
| ⑲ ご家族を扶養に『入れる』または『外す』理由を記入してください。 |
| ⑳ 同居か別居に○を付け、現在ご家族が住んでいる住所を記入してください。【注意】住民票の住所ではありません。 |
| ㉑ この届出用紙を、勤務先へ提出した日を記入してください。 |
| ㉒ 右側の欄に記載された①又は②の要件を満たした事を確認し、✓を付けてください。 |

(記入説明) 健康保険被扶養者(異動)届

被保険者証 記号-番号	記号 番号	① ②	被保険者の 氏名	③	性別	男④女	標準報酬 月額	千円
被保険者の 生年月日	昭和・平成 ⑤ 年 月 日		資格取得 年月日	昭和・平成 ⑥ 年 月 日			過去一年間の 報酬以外の収入	⑦
被保険者 の現住所	⑧							

被扶養者ではない配偶者を有するときに記入してください。	配偶者の収入(年収)	⑨ 円
-----------------------------	------------	-----

増・減 に○	被扶養者 氏名 (減:保険証添付・個人番号不要)	被扶養者の 生年月日	昭和・平成・令和 ⑬ 年 月 日			被扶養者の過去 一年間の収入	⑭ 円
増 ⑩	(フリガナ) ⑪	性別 男・女	被保険者 との関係	⑯	職業	扶養し始めた日 扶養しなくなった日	令和 ⑯ 年 月 日
減	⑫	個人番号	— ⑯ —			扶養し始めた理由 扶養しなくなった理由	⑯

被扶養者の現住所 (※住民票の住所では、ありません) ◆扶養しなくなった際は、保険証を返却して下さい

住所	同居 別居	〒	⑯
----	----------	---	---

増・減 に○	被扶養者 氏名 (減:保険証添付・個人番号不要)	被扶養者の 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			被扶養者の過去 一年間の収入	円
増	(フリガナ)	性別 男・女	被保険者 との関係		職業	扶養し始めた日 扶養しなくなった日	令和 年 月 日
減		個人番号	— — —			扶養し始めた理由 扶養しなくなった理由	⑯

被扶養者の現住所 (※住民票の住所では、ありません) ◆扶養しなくなった際は、保険証を返却して下さい

住所	同居 別居	〒	⑯
----	----------	---	---

増・減 に○	被扶養者 氏名 (減:保険証添付・個人番号不要)	被扶養者の 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			被扶養者の過去 一年間の収入	円
増	(フリガナ)	性別 男・女	被保険者 との関係		職業	扶養し始めた日 扶養しなくなった日	令和 年 月 日
減		個人番号	— — —			扶養し始めた理由 扶養しなくなった理由	⑯

被扶養者の現住所 (※住民票の住所では、ありません) ◆扶養しなくなった際は、保険証を返却して下さい

住所	同居 別居	〒	⑯
----	----------	---	---

増・減 に○	被扶養者 氏名 (減:保険証添付・個人番号不要)	被扶養者の 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			被扶養者の過去 一年間の収入	円
増	(フリガナ)	性別 男・女	被保険者 との関係		職業	扶養し始めた日 扶養しなくなった日	令和 年 月 日
減		個人番号	— — —			扶養し始めた理由 扶養しなくなった理由	⑯

被扶養者の現住所 (※住民票の住所では、ありません) ◆扶養しなくなった際は、保険証を返却して下さい

住所	同居 別居	〒	⑯
----	----------	---	---

※提出先 → 人事総務部

⑯ 令和 年 月 日 提出

確認欄	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(被保険者)が確認している。
⑯ □	

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	□ 届出記入の個人番号・続柄に誤りが無い事を確認しました。 ↑ 確認後 □に✓点を付して下さい	事業主受付日:令和 年 月 日	受付印
事業主が証明します			

※本帳票の内容は、業務上の連絡、給与等の支払、社会保険関係、福利厚生の提供、社員名簿・各種帳票の作成法律上の諸手続き、その他雇用管理上必要な諸手続きに利用します。
但し関係会社等あるいは上記の個人情報の利用目的並びに取扱いについて同意のうえ記入致します。