

正

※加入(追加)の場合は必ず
個人番号(マイナンバー)を記載してください。

健康保険被扶養者（異動）届

承認印	係

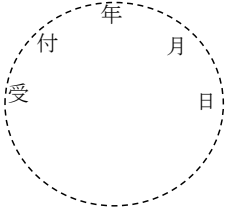
被保険者 記号・番号				被保険者の氏名				被保険者の生年月日				性別	異動の別	資格取得年月日				標準報酬月額						
記号				フリガナ				5.昭和	年	月	日	1男	1.追加	5.昭和	年	月	日	千円						
								7.平成				2女	2.削除	7.平成										
													3.訂正	9.令和										
個人番号 (マイナンバー)								この届けが受理された 後の被扶養者数		名	この届けが受理される 前の被扶養者数		名	備考										
被保険者の 居所住所		〒																	電話番号					
フリガナ		性別		被扶養者の生年月日		続柄		被扶養者の職業 月平均収入額		区分 同・別居		扶養をはじめた理由 又は扶養しなくなった理由		※認定年月日			※削除年月日			回収区分				
被扶養者の氏名														被扶養者の住所						保険 証	資格 確認書	高齢 証		
		1男		5.昭和		年		月		日				※		年		月		日		添付	添付	添付
		2女		7.平成										令和										
				9.令和						円		別居										返不能	返不能	返不能
個人番号 (マイナンバー)													資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要 (マイ保険証のない方)	居所 住所		〒		-		減失	減失	減失	
		1男		5.昭和		年		月		日				※		年		月		日		添付	添付	添付
		2女		7.平成										令和										
				9.令和						円		別居				住民票 住所		〒		-		返不能	返不能	返不能
個人番号 (マイナンバー)													資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要 (マイ保険証のない方)	居所 住所		〒		-		減失	減失	減失	
		1男		5.昭和		年		月		日				※		年		月		日		添付	添付	添付
		2女		7.平成										令和										
				9.令和						円		別居				住民票 住所		〒		-		返不能	返不能	返不能
個人番号 (マイナンバー)													資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要 (マイ保険証のない方)	居所 住所		〒		-		減失	減失	減失	
		1男		5.昭和		年		月		日				※		年		月		日		添付	添付	添付
		2女		7.平成										令和										
				9.令和						円		別居				住民票 住所		〒		-		返不能	返不能	返不能
個人番号 (マイナンバー)													資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要 (マイ保険証のない方)	居所 住所		〒		-		減失	減失	減失	
		1男		5.昭和		年		月		日				※		年		月		日		添付	添付	添付
		2女		7.平成										令和										
				9.令和						円		別居				住民票 住所		〒		-		返不能	返不能	返不能
個人番号 (マイナンバー)													資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要 (マイ保険証のない方)	居所 住所		〒		-		減失	減失	減失	

上記のことについて、事実に相違ないことを証明します。

提出者記入欄	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

社会保険労務士の 提出代行者印	印
--------------------	---



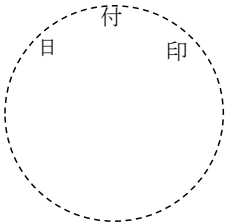
健康保険被扶養者（異動）届

被保険者 記号・番号				被保険者の氏名				被保険者の生年月日				性別	異動の別	資格取得年月日				標準報酬月額								
記号				番号				フリガナ	5.昭和 年 月 日				1男	1.追加	5.昭和 年 月 日				千円							
									7.平成				2女	2.削除	7.平成											
														3.訂正	9.令和											
個人番号 (マイナンバー)								この届けが受理された 後の被扶養者数		名	この届けが受理される 前の被扶養者数		名	備考												
被保険者の 居所住所				〒														電話番号								
フリガナ				性別	被扶養者の生年月日				続柄	被扶養者の職業 月平均収入額	区分 同・別居	扶養をはじめた理由 又は扶養しなくなった理由		※認定年月日				※削除年月日				回収区分				
被扶養者の氏名														被扶養者の住所								保険 証	資格 確認書	高齢 証		
				1男	5.昭和 年 月 日						同居			※ 年 月 日				※ 年 月 日				添付	添付	添付		
					7.平成						円 別居			令和 年 月 日				令和 年 月 日								
				2女	9.令和																	返不能	返不能	返不能		
個人番号 (マイナンバー)													資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要 (マイケ保険証のない方)		住民票 円 住所								減失	減失	減失
																居所 円 住所										
																令和 年 月 日				令和 年 月 日				添付	添付	添付
				1男	5.昭和 年 月 日						円 別居			※ 年 月 日				※ 年 月 日				添付	添付	添付		
					7.平成																	返不能	返不能	返不能		
				2女	9.令和																					
個人番号 (マイナンバー)													資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要 (マイケ保険証のない方)		住民票 円 住所								減失	減失	減失
																居所 円 住所										
																令和 年 月 日				令和 年 月 日				添付	添付	添付
				1男	5.昭和 年 月 日						円 別居			※ 年 月 日				※ 年 月 日				添付	添付	添付		
					7.平成																	返不能	返不能	返不能		
				2女	9.令和																					
個人番号 (マイナンバー)													資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要 (マイケ保険証のない方)		住民票 円 住所								減失	減失	減失
																居所 円 住所										
																令和 年 月 日				令和 年 月 日				添付	添付	添付
				1男	5.昭和 年 月 日						円 別居			※ 年 月 日				※ 年 月 日				添付	添付	添付		
					7.平成																	返不能	返不能	返不能		
				2女	9.令和																					
個人番号 (マイナンバー)													資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要 (マイケ保険証のない方)		住民票 円 住所								減失	減失	減失
																居所 円 住所										
																令和 年 月 日				令和 年 月 日				添付	添付	添付
				1男	5.昭和 年 月 日						円 別居			※ 年 月 日				※ 年 月 日				添付	添付	添付		
					7.平成																	返不能	返不能	返不能		
				2女	9.令和																					
個人番号 (マイナンバー)													資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要 (マイケ保険証のない方)		住民票 円 住所								減失	減失	減失
																居所 円 住所										

上記の通りになりましたので通知します。

提出者記入欄	事業所所在地	〒
	事業所名称	
	事業主氏名	殿
	電話番号	

この処分に不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書また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か月以内に文書また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、決定または裁決の日から1年を経過した時は、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り消しの訴えを提起することができます。



東京紙商健康保険組合理事長

【記入の方法】

この届出は事実発生から5日以内に事業主を経由して行うものです。
(提出が遅くなった場合、認定日が事実発生日とならない場合があります。)

1. 異動の別欄

被扶養者を増やすときは「1.追加」を、減らすときは「2.削除」を、被扶養者の氏名に変更があったときや被扶養者欄の記載内容を訂正するときは「3.訂正」を○印で囲んでください。

2. 続柄欄

被保険者との続柄を「妻」「長男」「二男」などと具体的に記入してください。

3. 被扶養者の職業及び月平均収入額欄

上段に「小学校○年生」「高校○年生」「無職」「パート」などと、その実態がわかるように記入し、収入がある場合は、下段にその平均的な収入月額を記入してください。

4. 扶養をはじめた理由または扶養しなくなった理由欄

①扶養をはじめた理由は「退職」「結婚」「出生」などと具体的に記入してください。なお、状況によっては「扶養申立書」「現況申立書」を提出していただくことがあります。

②扶養しなくなった理由は「就職」「死亡」「収入が増えた」などと具体的に記入し、原因となった年月日を記入してください。

例「○年○月○日に就職した」「○年○月○日死亡」

5. 被扶養者の住所欄

住民票住所をご記入ください。住民票住所に居住していない場合は、下段に居所住所をご記入ください。

6. 個人番号(マイナンバー)欄

個人番号(マイナンバー)を必ず記入してください。(すでに個人番号をお届けいただいている被扶養者を削除する場合は記入不要)

7. 資格確認書発行要否欄

資格確認書の発行が必要な場合は、発行が必要に☑を入れてください。以下に該当する場合に限ります。

①マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者

②マイナンバーカードを有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者

③マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

【この届出に添付していただく書類】

1. 住民票または住民票記載事項証明書(国内住居要件の例外に該当する場合は別途証明書が必要となります。お問い合わせください。)

2. 「被扶養者認定調査票」は追加の方全員分、また必要に応じて「在学証明書または学生証の写」「課税証明書または非課税証明書」

「年金等振込(支払)通知書の写」「アルバイト・パート収入のある者は直近3ヶ月分の給与明細の写」「身体障害者手帳の写」など。

3. 被保険者の配偶者及び子以外の者については、同一の世帯に属していることを証明する「住民票(世帯全員の分で省略のないもの)」。

4. 被扶養者を削除または記載内容を訂正する場合は、削除・訂正する者の発行済みの各種証等(発行されている証等すべて)。

5. 被保険者証(カード)・高齢受給者証・資格確認書(カード)を滅失等で添付できない場合は、「滅失届」または「回収不能届」。

6. 必要に応じて、その他の証明書を提出していただく場合があります。