

健康保険被扶養者(異動)届

2024.12.2

令和 年 月 日提出

事業所記号

事業所所在地
名称
事業主氏名
電話番号 ()

任 継

事業主の証明 下記事実に相違ないことを証明します

常務理事 事務長 担当者

受付印

資格確認書は健康保険組合が交付対象者であることを確認の上発行します。 ※裏面参照

事業主受付年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者 欄	被保険者 記号	被保険者 番号	生年月日	昭和・平成 ・令和	年	月	日	備考
	(フリガナ)	(氏)	(名)	住所	住民票住所	〒	-	
	氏名			住所	居所	〒	-	
					☐ 住民票 と異なる			

注) 番地等は省略することなく住民票通りにご記入ください 【大字 や 1-1 ⇒ 1番1号 等】

配 偶 者 で あ る 被 扶 養 者 欄	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	昭和・平成 ・令和	年	月	日	性別	男	女
					個人番号							
	住所	☐ 同居 ☐ 別居	〒	-	住民票	☐ 被保険者と同じ ☐ 被保険者と異なる	〒					
	被扶養者 になった日	令和	年	月	日	理由	1.配偶者の就職 2.婚姻 3.離職 4.収入減少 5.その他()	資格 確認 書 発 行 要 否	☐ 要発行	職業	1.無職 2.パート 3.年金受給者 4.その他	
	被扶養者でな くなった日	令和	年	月	日	理由	1.死亡 2.離婚 3.就職・収入増加 4. 75歳到達 5.障害認定 6.その他()		雇用保険 受給の有無	請求予定・延長中・無		

そ の 他 の 被 扶 養 者 欄	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	昭和・平成 ・令和	年	月	日	性別	男	女
					個人番号							
	続柄	年間収入額 (今後の見込額等)	円	住所	☐ 同居 ☐ 別居	〒	-					
	被扶養者 になった日	令和	年	月	日	職業	1.無職 2.パート 3.年金受給者 4.小・中学生以下 5.高・大学生 6.その他()	資格 確認 書 発 行 要 否	☐ 要発行	理由	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	令和	年	月	日	理由	1.死亡 2.収入増加 3.障害認定 4.就職 5. 75歳到達 6.その他()		雇用保険 受給の有無	請求予定・延長中・無		

住民票 ☐被保険者と同じ ☐被保険者と異なる

そ の 他 の 被 扶 養 者 欄	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	昭和・平成 ・令和	年	月	日	性別	男	女
					個人番号							
	続柄	年間収入額 (今後の見込額等)	円	住所	☐ 同居 ☐ 別居	〒	-					
	被扶養者 になった日	令和	年	月	日	職業	1.無職 2.パート 3.年金受給者 4.小・中学生以下 5.高・大学生 6.その他()	資格 確認 書 発 行 要 否	☐ 要発行	理由	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	令和	年	月	日	理由	1.死亡 2.収入増加 3.障害認定 4.就職 5. 75歳到達 6.その他()		雇用保険 受給の有無	請求予定・延長中・無		

住民票 ☐被保険者と同じ ☐被保険者と異なる

熊本市自動車販売店健康保険組合

・氏名	: 氏名は住民票に登録されているものと同じ氏名を記入してください。
・生年月日	: 年号は該当するものを○で囲んでください。
・性別	: 該当するものを○で囲んでください。
・標準報酬月額	: 被保険者の申請時の標準報酬月額をご記入ください。
・年収	: 被保険者の今後1年間の年間収入見込額をご記入ください。
・住所	: 住民票の住所をご記入ください。

○被扶養者欄

・氏名	: 氏名は住民票に登録されているものと同じ氏名を記入してください。
・続柄	: 被保険者との続柄を「夫」、「妻」、「長男」、「長女」、「父」、「母」等と記入してください。
・個人番号	: 本人確認を行ったうえで、個人番号をご記入ください。
・住所	: 被保険者と同居または別居のいずれかを○で囲み、同居の場合は住所記入は不要です。別居の場合は、住所欄に住民票の住所を、「備考欄」に居所をご記入ください。住民票住所と居所が同じ場合は居所の記入は不要です。なお、海外居住者については、国内における協力者住所（親族、被保険者の勤務先住所等）を方書きも含めてご記入の上、「備考」欄に海外居住先の住所及び国内協力者が親族の場合は氏名及び続柄をご記入ください。
・被扶養者になった日	: 被保険者の健康保険加入と同時に提出する場合は「取得年月日」と同日、それ以外の場合は出生年月日等の実際に被扶養者になった日をご記入ください。
・年収	: 今後1年間の年間収入見込額をご記入ください。収入には、非課税対象のもの（障害・遺族年金、失業給付等）も含まれます。 非課税対象の収入がある場合は、受取金額が確認できる書類のコピーを添付の上、「備考」欄に具体的な内容をご記入ください。
・理由	: 被扶養者となった理由を○で囲んでください。ただし、『被保険者資格取得届』と同時に提出する場合は記入不要です。
・被扶養者でなくなった日	: 死亡による場合は死亡日の翌日を、それ以外の場合は非該当になった当日の日付をご記入ください。
・備考	: 被扶養者情報に変更がある場合は、変更の内容とその理由をご記入ください。 事業主が戸籍謄本等で被保険者と扶養認定を受ける方の続柄を確認した場合は、「※続柄確認済み」の口に✓を付してください。
・配偶者の年収見込額	: 配偶者以外を被扶養者とする場合で、被保険者の配偶者が被扶養者でないときは配偶者の年間収入見込額をご記入ください。 これは、配偶者以外の方について、被保険者と配偶者のどちらの被扶養者に認定するのが適正なのかを確認するためです。

資格確認書発行要否

資格確認書の発行が必要な場合(※)は「口要発行」にチェックを入れてください。

※以下に該当する場合に限ります。

- ・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
- ・マイナンバーカードを保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
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者