

正

常務理事	事務局長	部長	課長	係長	係員

健康保険 被扶養者(異動)届

令和 年 月 日 提出

受付日付印

事業主記入欄	事業所記号	
	事業所所在地	〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	()

社会保険労務士記載欄
氏名等

被保険者	被保険者番号		氏名	(フリガナ) (氏) (名)	生 年 月 日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1. 男 2. 女
	取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	標準報酬月額				住民票住所	〒 - 千円

被扶養者になった場合は「該当」、被扶養者でなくなった場合は「非該当」を○で囲んでください。
 被扶養者の「該当」と「非該当」は同時に提出できません。「該当」、「非該当」はそれぞれ別の用紙で提出してください。

被扶養者1	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	生 年 月 日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1. 男 2. 女	続柄			
	個人番号		住民票住所	同居 別居	被保険者と同居している場合は記入不要です。 〒 -								
	該当	被扶養者になった日	令和	年	月	日	該当理由	1.出生 2.離職 3.収入減 4.同居 5.被保険者の加入と同時に 6.その他(備考欄へ)	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・専門学生 6.その他()	年収	円
	非該当	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	非該当理由	1.死亡 2.就職 3.収入増 4.別居 5.75歳到達 6.その他(備考欄へ)	備考	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要		

被扶養者2	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	生 年 月 日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1. 男 2. 女	続柄			
	個人番号		住民票住所	同居 別居	被保険者と同居している場合は記入不要です。 〒 -								
	該当	被扶養者になった日	令和	年	月	日	該当理由	1.出生 2.離職 3.収入減 4.同居 5.被保険者の加入と同時に 6.その他(備考欄へ)	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・専門学生 6.その他()	年収	円
	非該当	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	非該当理由	1.死亡 2.就職 3.収入増 4.別居 5.75歳到達 6.その他(備考欄へ)	備考	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要		

被扶養者3	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	生 年 月 日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1. 男 2. 女	続柄			
	個人番号		住民票住所	同居 別居	被保険者と同居している場合は記入不要です。 〒 -								
	該当	被扶養者になった日	令和	年	月	日	該当理由	1.出生 2.離職 3.収入減 4.同居 5.被保険者の加入と同時に 6.その他(備考欄へ)	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・専門学生 6.その他()	年収	円
	非該当	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	非該当理由	1.死亡 2.就職 3.収入増 4.別居 5.75歳到達 6.その他(備考欄へ)	備考	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要		

健康保険 被扶養者認定 又は 削除通知

令和 年 月 日 提出

下記のとおり認定または削除になりましたので通知します。

事業主記入欄	事業所記号	
	事業所所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。
	事業所名称	〒 -
	事業主氏名	
	電話番号	()

令和 年 月 日
測量地質健康保険組合理事長

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。

被保険者	被保険者番号		氏名	(フリガナ) (氏) (名)	生 年 月 日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1. 男 2. 女
	取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	標準報酬月額		千円	住民票住所	〒 -	

被扶養者になった場合は「該当」、被扶養者でなくなった場合は「非該当」を○で囲んでください。

被扶養者の「該当」と「非該当」は同時に提出できません。「該当」、「非該当」はそれぞれ別の用紙で提出してください。

被扶養者1	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	生 年 月 日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1. 男 2. 女	続柄				
	個人番号		住民票住所	同居 別居	被保険者と同居している場合は記入不要です。 〒 -									
	該当	被扶養者になった日	令和	年	月	日	該当理由	1.出生 2.離職 3.収入減	4.同居 5.被保険者の加入と同時に 6.その他(備考欄へ)	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・専門学生 6.その他()	年収	円
	非該当	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	非該当理由	1.死亡 2.就職 3.収入増	4.別居 5.75歳到達 6.その他(備考欄へ)	備考	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要		

被扶養者2	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	生 年 月 日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1. 男 2. 女	続柄				
	個人番号		住民票住所	同居 別居	被保険者と同居している場合は記入不要です。 〒 -									
	該当	被扶養者になった日	令和	年	月	日	該当理由	1.出生 2.離職 3.収入減	4.同居 5.被保険者の加入と同時に 6.その他(備考欄へ)	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・専門学生 6.その他()	年収	円
	非該当	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	非該当理由	1.死亡 2.就職 3.収入増	4.別居 5.75歳到達 6.その他(備考欄へ)	備考	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要		

被扶養者3	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	生 年 月 日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1. 男 2. 女	続柄				
	個人番号		住民票住所	同居 別居	被保険者と同居している場合は記入不要です。 〒 -									
	該当	被扶養者になった日	令和	年	月	日	該当理由	1.出生 2.離職 3.収入減	4.同居 5.被保険者の加入と同時に 6.その他(備考欄へ)	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・専門学生 6.その他()	年収	円
	非該当	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	非該当理由	1.死亡 2.就職 3.収入増	4.別居 5.75歳到達 6.その他(備考欄へ)	備考	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要		

記入方法

○被保険者欄

- ・被保険者番号 : 事業所で管理している番号を記入してください。
- ・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 : 被保険者の標準報酬月額を記入してください。
- ・住民票住所 : 住民票住所は省略せず、住民票またはマイナンバーカードに記載されているとおりに記入してください。
【××県××市××町大字▲丁目▲番地▲ ○○マンション○号室 等】
なお、日本国内に住民票(個人番号)を有していない等により、住民票住所を記入できない場合は、居所を記入の上、「海外在住」「短期在留」等の理由を余白に記入してください。

○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。
- ・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。
- ・続柄 : 続柄を記入してください。
- ・個人番号 : 本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。
- ・住民票住所 : 被保険者と同居または別居のいずれかを○で囲み、「被保険者と住民票住所に同居」の場合は記入不要です。
被保険者と別居の場合、住民票住所を住民票またはマイナンバーカードに記載されているとおりに記入してください。
【××県××市××町大字▲丁目▲番地▲ ○○マンション○号室 等】
なお、日本国内に住民票(個人番号)を有していない等により、住民票住所を記入できない場合は、居所を記入の上、「海外在住」「短期在留」等の理由を備考欄に記入してください。
住民票住所とは別の場所(居所)に健康保険組合からの案内の送付を希望する場合は、「住所(変更)届」を別途提出してください。
- ・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記入してください。
- ・年収 : 今後1年間の年間収入見込額を記入してください。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記入してください。
- ・該当理由 : 被扶養者となった理由を○で囲んでください。
- ・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記入してください。
※非該当理由が「就職」の場合、「被扶養者でなくなった日」は就職日です。
(例)就職日が令和5年4月1日の場合、「被扶養者でなくなった日」は令和5年4月1日です。
- ・非該当理由 : 被扶養者でなくなった理由を○で囲んでください。
- ・資格確認書の発行要否 : 資格確認書の発行が必要な場合は、「発行が必要」の口にチェックを入れてください。
但し、以下に該当する場合に限りです。
 - ・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

○事業主記入欄

: 任意継続被保険者は被保険者の住所・氏名・電話番号を記入してください。

添付書類

- ・当健康保険組合ホームページ(<http://www.st-kenpo.or.jp>)内の「申請書一覧」ページの「保険証・適用に関する書式」の「12.参考資料:被扶養者資格について」を参照してください。