

正

(健保控)

被扶養者届(異動届)

常務理事

事務長

担当

※太枠内をご記入ください

※扶養認定日は、健保が届出に基づき審査をして認めた日付になります。

被 保 険 者	被保険者証の記号番号		氏名			印	事業所の名称(会社名)	所属部署			
			生年月日	昭・平・令 年 月 日			被保険者の家族状況	夫or妻(有・無) 父(有・無) 母(有・無) 兄or姉(有・無) 弟or妹(有・無)			
	資格取得年月日	昭・平・令 年 月 日		住所	〒		この届を出す際の標準報酬月額				
添付する書類(チェックを付けてください)		☐ 健康保険被保険者証 ☐ 給与明細 ☐ 健康保険資格喪失証明書 ☐ 源泉徴収票 ☐ 年金振込通知書 ☐ 仕送証明 ☐ 住民票 ☐ 戸籍謄本 ☐ 在留カード ☐ その他()								千円	
		☐ 被扶養者状況届 ☐ 非課税証明書 ☐ 退職証明書 ☐ 在学証明書 ☐ 学生証 ☐ 離職票 ☐ 雇用保険受給資格者証 ☐ 確定申告控 ☐ 障害者手帳									

※「妻」「長男」「二女」「義母」「内縁の妻」など詳しく記入ください

※乳幼児の場合「未就学」「保育園」など、学生の場合「小学5年」「大学3年」など、18歳以上で無職の場合「専業主婦」「長期療養中」など、具体的に記入ください

※別居の場合は、必ず住民票上の住所を記入ください(居所と住民票が異なる場合は両方記入してください)

※被保険者の資格取得と同時の場合は「日付＝取得日、事由＝取得」、扶養する方の退職の場合は「日付＝退職日翌日、事由＝退職」、結婚の場合は「日付＝入籍日、事由＝婚姻」、就職の場合は「日付＝就職日、事由＝就職」など記入ください

○をつけてください

○をつけてください

○をつけてください

区分	フリガナ 氏 名		性別	続柄	職業	今後の収入予定	今後の収入予定が「有」の場合の収入の種類	世帯別	世帯が「別居」の場合の住所	扶養されるようになった、または扶養されなくなった日付および事由	健保使用欄		
被 扶 養 者 に つ い て 記 入 し て く だ さ い	増・減	氏 名	男・女			有・無	給与・事業収入・年金 失業給付・その他	同居・別居	〒	日付 年 月 日	事由 年 月 日	年 月 日	
		個人番号											
	増・減	氏 名	男・女				有・無	給与・事業収入・年金 失業給付・その他	同居・別居	〒	日付 年 月 日	事由 年 月 日	年 月 日
		個人番号											
増・減	氏 名	男・女					有・無	給与・事業収入・年金 失業給付・その他	同居・別居	〒	日付 年 月 日	事由 年 月 日	年 月 日
		個人番号											

※本書に記入していただいた個人情報は適切に取扱い、目的外には使用いたしません。

上記のとおり提出します

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主名

印

社会保険労務士の提出代行者

印

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記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

被扶養者認定・削除決定通知書

※扶養認定日は、健保が届出に基づき審査をして認めた日付になります。

被 保 険 者	被保険者証の記号番号		氏名			印	事業所の名称(会社名)	所属部署					
			生年月日	昭・平・令 年 月 日			被保険者の家族状況	夫or妻(有・無) 父(有・無) 母(有・無) 兄or姉(有・無) 弟or妹(有・無)					
	資格取得年月日	昭・平・令 年 月 日		住所	〒							この届を出す際の標準報酬月額	
添付する書類(チェックを付けてください)		☐ 健康保険被保険者証 ☐ 給与明細 ☐ 健康保険資格喪失証明書 ☐ 源泉徴収票 ☐ 年金振込通知書 ☐ 仕送証明 ☐ 住民票 ☐ 戸籍謄本 ☐ 在留カード ☐ その他() ☐ 被扶養者状況届 ☐ 非課税証明書 ☐ 退職証明書 ☐ 在学証明書 ☐ 学生証 ☐ 離職票 ☐ 雇用保険受給資格者証 ☐ 確定申告控 ☐ 障害者手帳											千円

区分	フリガナ		性別	続柄	職業	今後の収入予定	今後の収入予定が「有」の場合の収入の種類	世帯別	世帯が「別居」の場合の住所	扶養されるようになった、または扶養されなくなった日付および事由	健保使用欄		
	氏 名												
被 扶 養 者 に つ い て 記 入 し て く だ さ い	増・減	氏 名		男・女			有・無	給与・事業収入・年金 失業給付・その他	同居・別居	→〒	日付	事由	年 月 日
											年 月 日		
		個人番号											
被 扶 養 者 に つ い て 記 入 し て く だ さ い	増・減	氏 名		男・女			有・無	給与・事業収入・年金 失業給付・その他	同居・別居	→〒	日付	事由	年 月 日
											年 月 日		
		個人番号											
被 扶 養 者 に つ い て 記 入 し て く だ さ い	増・減	氏 名		男・女			有・無	給与・事業収入・年金 失業給付・その他	同居・別居	→〒	日付	事由	年 月 日
											年 月 日		
		個人番号											

※本書に記入していただいた個人情報は適切に取扱い、目的外には使用いたしません。

上記のとおり被扶養者認定または削除を決定しましたので通知します

リクルート健康保険組合