

# 健康保険 被扶養者異動届

確認	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 checked="" type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
	② 記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

内容をご確認の上  
チェック(✓)をしてください。

記号・番号	記号 ○	被保険者氏名	フリガナ ケンポ タロウ	性別	男	生年月日	昭和 平成 6 0 0 6 1 0	資格取得年月日	年 月 日		
	番号 ○○○○		健保 太郎		女						
被保険者の住所	〒 住所は被保険者のご自宅の住所、電話番号は日中つながる電話番号をご記入ください。			社員番号	○○○○○	本人年収※1	約 500 万円	配偶者年収	約 300 万円	標準報酬月額【健保欄】	千円

※氏名の姓と名の間にスペースを入れてください。フリガナについては濁点・半濁点は一文字としてください。

※1入社して間もない場合は今後の年間収入見込額をご記入ください。

フリガナ	ケンポ	ハナコ	26文字目からこちらにご記入ください												
被扶養者氏名	健保	花子	16文字目からこちらにご記入ください												
生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	性別	男 女	世帯	同居 別居	(長男等)	続柄	妻	個人番号	扶養になった日 または除かれた日	職業	会社員	理由	就職
	0 3 1 2 0 5										追加 令和 0 5 0 5 0 1	年間収入見込額	300 万円	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要
フリガナ	26文字目からこちらにご記入ください														
被扶養者氏名	16文字目からこちらにご記入ください														
生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	性別	男 女	世帯	同居 別居	(長男等)	続柄		個人番号	扶養になった日 または除かれた日	職業		理由	
											追加 削除	年間収入見込額	万円	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要
フリガナ	26文字目からこちらにご記入ください														
被扶養者氏名	16文字目からこちらにご記入ください														
生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	性別	男 女	世帯	同居 別居	(長男等)	続柄		個人番号	扶養になった日 または除かれた日	職業		理由	
											追加 削除	年間収入見込額	万円	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要

長男、二女、実父、義母などをご記入ください。

扶養しなくなった日(事由発生日)をご記入ください。  
就職の場合→就職日  
離婚の場合→離婚日  
雇用保険受給開始の場合→受給開始日  
後期高齢者(75歳)→75歳の誕生日  
死亡→死亡の翌日

届出の理由をご記入ください。  
就職  
離婚  
雇用保険受給開始  
後期高齢者該当 など

削除の場合は、発行された証があれば添付してください。

事業所の確認	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話	

〈注意事項〉  
提出先 各人事担当課へ  
提出期限 異動が生じた日から5日以内  
添付書類 追加の場合は被扶養者現況表と現況表に記載の必要書類  
削除の場合は、発行されている証(健康保険証、資格確認書、高齢受給者証、限度額適用認定証等)  
資格喪失後にYG健康保険組合の資格で受診された場合、医療費の返還請求をいたします。  
マイナ保険証を保有している方は、資格確認書の交付対象外となります。