

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 ○ 番号 ○○○○	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	性別 男 女	生年月日 昭和 平成 6 0 0 6 1 0	資格取得年月日 年 月 日
被保険者の住所	〒 被保険者の住民票上の住所、日中つながる電話番号を記入ください 電話番号:			本人年収※1 約 500 万円	配偶者年収 約 180 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 0 3 1 2 0 5	性別	男 女	世帯	同居 別居	続柄	妻	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2	扶養になった日 または除かれた日	令和 0 8 0 4 1 1	職業	パート	理由	就職	年間収入見込額	180 万円	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要
										追加 削除						<input type="checkbox"/> 上記給与収入のみである			
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	性別	男 女	世帯	同居 別居	続柄		個人番号		扶養になった日 または除かれた日	令和	職業		理由		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
										追加 削除						<input type="checkbox"/> 上記給与収入のみである			
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	性別	男 女	世帯	同居 別居	続柄		個人番号		扶養になった日 または除かれた日	令和	職業		理由		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
										追加 削除						<input type="checkbox"/> 上記給与収入のみである			

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
失業給付受給開始の場合→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
失業給付受給開始

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
--------	--------------------------------

提出先 勤務先(原籍)担当部門
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、発行されている有効な証(資格確認書、高齢受給者証、国民健康保険証等)
削除理由が失業給付受給開始による場合は、雇用保険受給資格者証の第1~4面の写し
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。