

常務理事	事務長	係員	係員

受付日付印

令和 年 月 日 提出

提出者記入欄	健康保険 事業所記号	
	事業所所在地	届出記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 下記のとおり被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します。
	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	① 被保険者証の番号	② 被保険者の氏名	③ 生年月日	④ 性別	⑤ 異動の別	⑥ 資格取得日	⑦ 標準報酬月額
		氏 名	5.昭和 7.平成 年 月 日	1.男 2.女	1.追加 2.削除(変更)	年 月 日	千円
⑧ マイナンバー			⑨ 住所	都道府県			

配偶者である被扶養者	⑩ 被扶養者の氏名		⑪ 生年月日	⑫ 性別	⑬ 続柄	⑭ 職業	⑮ 収入見込(向こう1年間)	⑯ マイナンバー
	フリガナ	氏 名	5.昭和 7.平成 年 月 日	1.男 2.女				
	⑰ 同居別居の別	⑱ 郵便番号	⑲ 住所					
	同居 別居		都道府県					
	⑳ 被扶養者になった日	㉑ 被扶養者になった理由			㉒ 届出(以前・以後)の加入医療保険者名			
年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 婚姻	<input type="checkbox"/> 所得減少	<input type="checkbox"/> その他				
	<input type="checkbox"/> 転籍	<input type="checkbox"/> 離職	<input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了	( )				
㉓ 被扶養者でなくなった日	㉔ 被扶養者でなくなった理由			㉕ 備考				
年 月 日	<input type="checkbox"/> 死亡(年 月 日)	<input type="checkbox"/> 離婚	<input type="checkbox"/> 後期高齢者	<input type="checkbox"/> その他				
	<input type="checkbox"/> 就職(年 月 日)	<input type="checkbox"/> 収入増加	( )					

㉖ 被扶養者でない配偶者を有するときに記入してください。 配偶者の年間収入 円

その他の被扶養者	㉗ 被扶養者の氏名		㉘ 生年月日	㉙ 性別	㉚ 続柄	㉛ 職業	㉜ 収入見込(向こう1年間)	㉝ マイナンバー	
	フリガナ	氏 名	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	1.男 2.女					
	㉞ 同居別居の別	㉟ 被扶養者になった日	㊱ 被扶養者になった理由		㊲ 被扶養者でなくなった日	㊳ 被扶養者でなくなった理由			㊴ 備考
	同居 別居	年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規(入社)	<input type="checkbox"/> 離職	年 月 日	<input type="checkbox"/> 死亡(年 月 日)	<input type="checkbox"/> 別居		
			<input type="checkbox"/> 転籍	<input type="checkbox"/> 収入減		<input type="checkbox"/> 就職(年 月 日)	<input type="checkbox"/> 後期高齢者		
			<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> その他(備考欄詳細記入)		<input type="checkbox"/> 収入増加	<input type="checkbox"/> その他(備考欄詳細記入)		
	フリガナ	氏 名	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	1.男 2.女					
	同居 別居	年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規(入社)	<input type="checkbox"/> 離職	年 月 日	<input type="checkbox"/> 死亡(年 月 日)	<input type="checkbox"/> 別居		
			<input type="checkbox"/> 転籍	<input type="checkbox"/> 収入減		<input type="checkbox"/> 就職(年 月 日)	<input type="checkbox"/> 後期高齢者		
			<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> その他(備考欄詳細記入)		<input type="checkbox"/> 収入増加	<input type="checkbox"/> その他(備考欄詳細記入)		

認定 削除 令和 年 月 日

扶・認非・課 退職 離職 喪証 直近3 見込 年金 雇・受雇・延 確申 契約 送金

住民票 戸籍 婚姻 母子 出生 学生証 在学 在留 証 高・受 理由書

令和 年 月 日 提出

提出者記入欄	健康保険事業所記号	
	事業所所在地	届出記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 下記のとおり被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します。
	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	① 被保険者証の番号	② 被保険者の氏名	③ 生年月日	④ 性別	⑤ 異動の別	⑥ 資格取得日	⑦ 標準報酬月額
	氏	名	5.昭和 7.平成	1.男 2.女	1.追加 2.削除(変更)	年 月 日	千円
	⑧ マイナンバー		⑨ 住所	〒 - 都道府県			

配偶者である被扶養者	⑩ 被扶養者の氏名		⑪ 生年月日	⑫ 性別	⑬ 続柄	⑭ 職業	⑮ 収入見込(向こう1年間)	⑯ マイナンバー
	フリガナ	氏名	5.昭和 7.平成	1.男 2.女				
	⑰ 同居別居の別	⑱ 郵便番号	⑲ 住所					
	同居		都道府県					
	別居							
	⑲ 被扶養者になった日	⑲ 被扶養者になった理由					⑳ 届出(以前・以後)の加入医療保険者名	
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 所得減少 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 転籍 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了 ( )						
	㉑ 被扶養者でなくなった日	㉑ 被扶養者でなくなった理由					㉒ 備考	
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 死亡(年 月 日) <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 就職(年 月 日) <input type="checkbox"/> 収入増加						

㉓ 被扶養者でない配偶者を有するときに記入してください。 配偶者の年間収入 円

その他の被扶養者	㉗ 被扶養者の氏名		㉘ 生年月日	㉙ 性別	㉚ 続柄	㉛ 職業	㉜ 収入見込(向こう1年間)	㉝ マイナンバー	
	フリガナ	氏名	5.昭和 7.平成 9.令和	1.男 2.女					
	㉞ 同居別居の別	㉟ 被扶養者になった日	㊱ 被扶養者になった理由					㊲ 被扶養者でなくなった理由	㊳ 備考
	同居・別居	年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規(入社) <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 死亡(年 月 日) <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 転籍 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 就職(年 月 日) <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> その他(備考欄詳細記入) <input type="checkbox"/> 収入増加 <input type="checkbox"/> その他(備考欄詳細記入)						
	フリガナ	氏名	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	1.男 2.女				
	同居・別居	年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規(入社) <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 死亡(年 月 日) <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 転籍 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 就職(年 月 日) <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> その他(備考欄詳細記入) <input type="checkbox"/> 収入増加 <input type="checkbox"/> その他(備考欄詳細記入)						
	フリガナ	氏名	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	1.男 2.女				
	同居・別居	年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規(入社) <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 死亡(年 月 日) <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 転籍 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 就職(年 月 日) <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> その他(備考欄詳細記入) <input type="checkbox"/> 収入増加 <input type="checkbox"/> その他(備考欄詳細記入)						
	フリガナ	氏名	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	1.男 2.女				
	同居・別居	年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規(入社) <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 死亡(年 月 日) <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 転籍 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 就職(年 月 日) <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> その他(備考欄詳細記入) <input type="checkbox"/> 収入増加 <input type="checkbox"/> その他(備考欄詳細記入)						

認定 削除	令和 年 月 日
-------	----------

上記のとおり認定/削除になりましたので通知いたします。

(付記)  
1.この通知書は事業主が健康保険施行規則第34条により、完結の日から2年間保存しておかなければなりません。  
2.この通知書が被保険者の届出事項と相違するときは、すみやかにそのことを被保険者に通知してください。

# ひかり健康保険組合「健康保険被扶養者(異動)届」

【記入例】1,2枚目

## 【記入上の注意】

- 黒のボールペンを使用し、楷書ではっきり記入してください。  
鉛筆、修正テープ、消えるボールペンは使用しないでください。
- 記入内容を訂正する場合は、間違えた部分に二重線を引きご本人の印鑑を押してください。
- 生年月日や資格取得日などの記入は、和暦で記入してください。例)令和1年5月1日 ⇒ 010501

健康保険 被扶養者(異動)届		健康保険組合の記入欄
令和 1 年 5 月 5 日 提出		交付日付印
健康保険事業所記号 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号		健康保険組合の記入欄 事務理事 事務長 係長 係員
<b>事業主の証明欄</b> 提出者記入欄 ②被扶養者の氏名 必ず捺印をしてください。		⑤異動の別 扶養しはじめるときは「追加」、扶養しなくなったときは「削除」に○を囲んでください。 ※追加・削除の同時申請はできませんので別々に記載してください。
①健康保険事業所の番号 12345 ②被扶養者の氏名 氏 光 太郎 ③生年月日 年 5 月 1 日 ④性別 1.男 ⑤異動の別 1.追加 ⑥資格取得日 年 0 1 月 0 5 日 ⑦標準報酬月額 0 1 0 5 0 1 ⑧マイナンバー 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 ⑨住所 東京都 豊島区東池袋 1-2-3 ひかりレジデンス201号		⑤異動の別 扶養しはじめるときは「追加」、扶養しなくなったときは「削除」に○を囲んでください。 ※追加・削除の同時申請はできませんので別々に記載してください。
⑩被扶養者の氏名 ⑪生年月日 ⑫性別 ⑬続柄 ⑭職業 ⑮収入見込(向こう1年間) ⑯マイナンバー		⑤異動の別 扶養しはじめるときは「追加」、扶養しなくなったときは「削除」に○を囲んでください。 ※追加・削除の同時申請はできませんので別々に記載してください。
⑩被扶養者の氏名 ⑪生年月日 ⑫性別 ⑬続柄 ⑭職業 ⑮収入見込(向こう1年間) ⑯マイナンバー		⑤異動の別 扶養しはじめるときは「追加」、扶養しなくなったときは「削除」に○を囲んでください。 ※追加・削除の同時申請はできませんので別々に記載してください。
⑩被扶養者の氏名 ⑪生年月日 ⑫性別 ⑬続柄 ⑭職業 ⑮収入見込(向こう1年間) ⑯マイナンバー		⑤異動の別 扶養しはじめるときは「追加」、扶養しなくなったときは「削除」に○を囲んでください。 ※追加・削除の同時申請はできませんので別々に記載してください。
⑩被扶養者の氏名 ⑪生年月日 ⑫性別 ⑬続柄 ⑭職業 ⑮収入見込(向こう1年間) ⑯マイナンバー		⑤異動の別 扶養しはじめるときは「追加」、扶養しなくなったときは「削除」に○を囲んでください。 ※追加・削除の同時申請はできませんので別々に記載してください。

⑩被扶養者でない配偶者を有するとき  
 お子様を被扶養者として申請する場合、配偶者が被扶養者でない場合のみ年間の収入を記入してください。申請する月の前月から前1年間で確定している金額。

【追加する場合】  
 該当する方に日付を記入  
 ⑤被扶養者になった日  
 ・入社時・転籍時＝入社日・転籍日  
 ・子供が生まれた＝出生日  
 該当する理由にチェック  
 ⑥被扶養者になった理由  
 ・入社時＝新規  
 ・子供が生まれた＝出生  
 ・該当の理由が無い場合は、その他を選択し、カッコ内または備考欄へ理由を記載。

⑩続柄  
 「長男」「長女」「二男」「二女」などと記入してください。  
 ⑪職業  
 「未就学児」「小学生」「年金受給者」など具体的に記入してください。

⑮収入見込(向こう1年間)  
 向こう1年間の収入見込額を記載してください。収入には、「事業収入」、「報酬」、「年金」、「不動産収入」、「失業給付」などが含まれます。※被扶養者の認定基準における「収入」と所得税法に基づく配偶者控除や扶養控除など、所得控除を受けられる「収入」とは額が異なります。ご注意ください。

【削除する場合】  
 該当する方に日付を記入  
 ⑤被扶養者でなくなった日  
 ・就職＝就職日  
 ・離婚＝離婚日  
 該当する理由にチェック  
 ⑥被扶養者でなくなった理由  
 ・該当の理由が無い場合は、その他を選択し、カッコ内または備考欄へ理由を記載。

健康保険組合の記入欄  
 健康保険組合の記入欄  
 ひかり健康保険組合