

在職者の方は、事業主人事部へご提出ください。
 任継の方は、直接健保宛にご提出ください。

健康保険

申請する被扶養者に該当する必要書類を
 【対象者別被扶養者認定に必要な提出書類等一覧】にて確認の上、添付してください。

年間収入は、被扶養者(異動)届を提出した日の属する年の前年分の年間収入を記入してください。
 例)平成28年4月5日に被扶養者(異動)届を提出した場合、年間収入は平成27年1月～12月の収入額を記入

提出日	令和 2 年 4 月 1 日 *被保険者本人が氏名を記入した場合、本人の押印を省略できます。																	
被保険者証 記号番号	記号	1			被保険者氏名	ケンボ タロウ					生年月日	性別	配偶者の有無	有 無		資格取得年月日		
	番号	12345				健保 太郎	昭和	年	月	日	男	女	被保険者の 年間収入	800		平成	年	月
被保険者 住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇					電話 番号	045-〇〇〇-〇〇〇〇					配偶者の 年間収入額	300		標準報酬月額			
	神奈川県横浜市〇〇区〇〇 〇番〇号						続柄は長男、二女など詳しく記入してください。						年間予定収入は、扶養し始めた日から1年間の収入見込額を記入してください。		千円			

*この欄は申請する被扶養者について記入してください。

異動の種類	被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	職業 または 学年	年間 予定収入 (税込額)	世帯	扶養をし始めた日・国内居住要件 の例外該当日	異動理由 *その他は備考欄に 理由を記入	国内居 *その
増加	ケンボ ハナ (氏)(名)	昭和 平成 令和 3 1 4 3 0	男 女	長女	なし	0	同居 別居	平成 令和 2 4 1	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者入社 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 収入減少 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 海外 <input type="checkbox"/> 一時的な海外渡航 <input type="checkbox"/> 海外赴任中の婚姻出生等 <input type="checkbox"/> その他
増加	マイナンバー12桁を記入してください	住所 *別居の場合に記入	扶養をし始めた日(事由発生日)を記入してください。	被保険者入社: 被保険者資格取得日 出生: 出生日 退職: 退職日の翌日 結婚: 婚姻日 雇用保険受給終了: 雇用保険受給終了日の翌日 その他の理由: 原則、事由発生日	異動理由が その他の場合は、備考欄に具体的な届出の理由を記入してください。	備考	備考	備考	備考	
増加	別居の場合には、住所を記入してください	住所 *別居の場合に記入	備考	備考	備考	備考	備考	備考	備考	備考

事業主の証明	令和 年 月 日
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話

*異動を生じた日から5日以内にご提出ください。

受付日付印