

正 健康保険被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	課長	係長	係

出生や海外からの転入により、新に個人番号が発行される場合は、通知カードが届き次第、個人番号届の提出をお願いします。

被保険者欄	被保険者証の記号	47	被保険者証の番号	1	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	3	5	1	2	0	5	備考	
	氏名	(フリガナ) ケンポ (氏) 健保	(名) タロウ 太郎	取得年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	1	6	9	1	標準報酬月額	380	千円		
	住所	〒 東京都新宿区西新宿1-8-1 新宿ビル5階												

新に扶養として認定する者または扶養から除かれる者の氏名等を記入してください。

被扶養者欄	氏名	(フリガナ) ケンポ (氏) 健保	(名) ハナコ 花子	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	3	8	0	2	1	3	性別	1. 男 2. 女	
	職業	無職	収入(年収)	約 0 円	住所	1. 同居 2. 別居	別居の場合 〒					続柄	妻	
	被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和	0	1	0	6	0	1	認定理由	1. 被保険者の就職 2. 婚姻 3. 離職 4. 出生 5. 収入減少 6. その他 ()				
	被扶養者でなくなった日	7. 平成 9. 令和							削除理由	1. 就職 2. 死亡 (年 月 日) 4. 収入増加 5. その他 ()				

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	(名)	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和							性別	1. 男 2. 女	
	職業		収入(年収)	約 円	住所	1. 同居 2. 別居	別居の場合 〒					続柄		
	被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和							認定理由	1. 被保険者の就職 2. 婚姻 3. 離職 4. 出生 5. 収入減少 6. その他 ()				
	被扶養者でなくなった日	7. 平成 9. 令和							削除理由	1. 就職 2. 死亡 (年 月 日) 4. 収入増加 5. その他 ()				

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	(名)	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和							性別	1. 男 2. 女	
	職業		収入(年収)	約 円	住所	1. 同居 2. 別居	別居の場合 〒					続柄		
	被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和							認定理由	1. 被保険者の就職 2. 婚姻 3. 離職 4. 出生 5. 収入減少 6. その他 ()				
	被扶養者でなくなった日	7. 平成 9. 令和							削除理由	1. 就職 2. 死亡 (年 月 日) 4. 収入増加 5. その他 ()				

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	(名)	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和							性別	1. 男 2. 女	
	職業		収入(年収)	約 円	住所	1. 同居 2. 別居	別居の場合 〒					続柄		
	被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和							認定理由	1. 被保険者の就職 2. 婚姻 3. 離職 4. 出生 5. 収入減少 6. その他 ()				
	被扶養者でなくなった日	7. 平成 9. 令和							削除理由	1. 就職 2. 死亡 (年 月 日) 4. 収入増加 5. その他 ()				

事業所所在地	〒160-0023 東京都〇〇区1-8-1
事業所名称	株式会社△△△
事業主氏名	代表取締役 仁本一朗
電話番号	03 (3343) 6271

2019 年 9 月 4 日提出

受付年月日

社会保険労務士の代行者印

副 健康保険被扶養者（異動）確認通知書

被保険者欄	被保険者証の 記号	47	被保険者証の 番号	1	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	3	5	1	2	0	5	備考		
	氏名 (フリガナ)	ケンポ		タロウ		取得 年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	1	6	9		1	標準 報酬 月額	380	千円
	氏名 (氏)	健保		太郎		住所	〒東京都新宿区西新宿1-8-1 新宿ビル5階								

被扶養者欄	氏名 (フリガナ)	ケンポ		ハナコ		生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	3	8	0	2	1	3	性別	1. 男 2. 女
	氏名 (氏)	健保		花子		個人番号									
	職業	無職	収入 (年収)	約 0 円	住所	1. 同居 2. 別居	別居の場合 〒					続柄	妻		
	被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和	0	1	0	6	0	1	認定理由	1. 被保険者の就職 2. 婚姻 3. 離職 4. 出生 5. 収入減少 6. その他 ()					
	被扶養者でなくなった日	7. 平成 9. 令和							削除理由	1. 就職 2. 死亡 () 年 月 日 4. 収入増加 5. その他 ()					

被扶養者欄	氏名 (フリガナ)					生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和							性別	1. 男 2. 女
	氏名 (氏)					個人番号									
	職業		収入 (年収)	約 円	住所	1. 同居 2. 別居	別居の場合 〒					続柄			
	被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和							認定理由	1. 被保険者の就職 2. 婚姻 3. 離職 4. 出生 5. 収入減少 6. その他 ()					
	被扶養者でなくなった日	7. 平成 9. 令和							削除理由	1. 就職 2. 死亡 () 年 月 日 4. 収入増加 5. その他 ()					

被扶養者欄	氏名 (フリガナ)					生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和							性別	1. 男 2. 女
	氏名 (氏)					個人番号									
	職業		収入 (年収)	約 円	住所	1. 同居 2. 別居	別居の場合 〒					続柄			
	被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和							認定理由	1. 被保険者の就職 2. 婚姻 3. 離職 4. 出生 5. 収入減少 6. その他 ()					
	被扶養者でなくなった日	7. 平成 9. 令和							削除理由	1. 就職 2. 死亡 () 年 月 日 4. 収入増加 5. その他 ()					

被扶養者欄	氏名 (フリガナ)					生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和							性別	1. 男 2. 女
	氏名 (氏)					個人番号									
	職業		収入 (年収)	約 円	住所	1. 同居 2. 別居	別居の場合 〒					続柄			
	被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和							認定理由	1. 被保険者の就職 2. 婚姻 3. 離職 4. 出生 5. 収入減少 6. その他 ()					
	被扶養者でなくなった日	7. 平成 9. 令和							削除理由	1. 就職 2. 死亡 () 年 月 日 4. 収入増加 5. その他 ()					

事業所 所在地	〒160-0023 東京都〇〇区1-8-1
事業所 名称	株式会社△△△
事業主 氏名	代表取締役 仁本一朗 殿
電話番号	03 (3343) 6271

2019 年 9 月 4 日提出

東京自動車教習所健康保険組合 理事長

この届書は、1. 被扶養者を追加する場合、2. 被扶養者をのぞく場合、3. 被扶養者情報を変更する場合に提出いただくものです。

【 記入方法 】

< 被保険者欄 >

生 年 月 日 : 年号は該当する番号を○で囲んでください。
取 得 年 月 日 : 被保険者が健康保険に加入した日付を記入してください。
住 所 : 郵便番号及び住所を記入してください。

< 被扶養者欄 >

氏 名 : 氏名の変更(訂正)を行う場合は、上段に変更(訂正)前の氏名を赤色で記入のうえ、その下段に変更(訂正)後の氏名を黒色で記入してください。
個 人 番 号 : 被保険者が必ず本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。
続 柄 : 妻・父・母・義母・長男・二女・養子などと記入してください。
職 業 : パート・主婦・アルバイト・高校生などと記入してください。
収 入 (年 収) : 今後1年間の年間収入見込み額を記入してください。収入には、年金・失業給付等の非課税対象のものも含まれます。
住 所 : 被保険者と同居または別居のどちらかを○で囲んでください。続柄により、同居要件を確認する書類が必要です。別居しているときは、郵便番号及び住所を記入してください。
被扶養者になった日 : 『資格取得届』と同時提出の場合は「資格取得年月日」と同日、後日追加の場合は出生年月日等を記入してください。
被扶養者でなくなった日 : 死亡の場合は死亡日の翌日を、それ以外の場合は非該当になった当日の日付を記入してください。
理 由 : 該当する番号を○で囲んでください。その他の場合は理由を記入してください。

【 この届出書に添付して提出するもの 】

16歳以上の方を被扶養者として届け出る場合は、その方が被保険者によって生計を維持されていることを証明できる「非課税証明」「在学証明」「給与明細」「年金通知書」の写し等が必要となります。詳しくは事業所の担当者または当健康保険組合にお尋ねください。