この届出書は、「被扶養者になった場合」、「被扶養者でなくなった場合」、「被扶養者情報を変更する場合」にご提出いただくものです。

記入方法

＜被保険者欄＞

①健康保険被保険者番号　：　被保険者番号をご記入ください。
②氏名　：　氏名を記入し、フリガナはカタカナで正確にご記入ください。
③生年月日　：　年号は該当する番号を〇で囲んでください。生年月日は右図のようにご記入ください。
④性別　：　該当する番号を〇で囲んでください。
⑤取得年月日　：　被保険者が健康保険に加入した日付をご記入ください。
⑥標準報酬等級　：　被保険者の現在の標準報酬等級をご記入ください。
⑦住所　：　現住所をご記入ください。

(5.)昭和 7. 平成 9. 令和	6	3 年	0	5 月	0	3 日

＜被扶養者欄＞

①氏名　：　氏名を記入し、フリガナはカタカナで正確にご記入ください。
②生年月日　：　年号は該当する番号を〇で囲んでください。生年月日は上図のようにご記入ください。
③個人番号　：　必ず本人確認を行ったうえで、個人番号をご記入ください。なお、扶養削除の届出の場合には記入しないでください。
④性別　：　該当する番号を〇で囲んでください。
⑤続柄　：　続柄をご記入ください。
⑥住所　：　同居･別居の該当する番号を〇で囲んでください。なお同居の場合は住所の記入は不要です。
⑦被扶養者になった日　：　被保険者の健康保険加入と同時に提出する場合は「⑤取得年月日」と同日、それ以外の場合は出生年月日等の実際に被扶養者になった日をご記入ください。
⑧職業　：　現在の職業を〇で囲んでください。
⑨収入（年収）　：　今後1年間の年間収入見込み額をご記入ください。収入には、非課税対象のもの（障害･遺族年金、失業給付等）も含みます。
⑩理由　：　被扶養者になった理由を〇で囲んでください。
⑪被扶養者でなくなった日　：　死亡の場合は死亡の翌日を、それ以外の場合は非該当になった当日の日付をご記入ください。
⑫理由　：　被扶養者でなくなった理由を〇で囲んでください。死亡の場合は亡くなった日付をご記入ください。
⑭資格確認書発行要否　：　資格確認書の発行が必要な場合（※）は「□ 発行が必要」にチェックを入れてください。
※以下に該当する場合に限ります。
・マイナンバーカードを取得していない方、マイナンバーカードの返納者
・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない方、利用登録解除を申請した方、利用登録解除者
・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの方