	店名

健康保険被扶養者（異動）届

健保記入欄	常務理事	事務長	担当者

重要 ※この届は必ず、各事業所（会社）の人事部(課)へ提出して下さい。
（健保への送付は不可）

被保険者欄	被保険者の記号			被保険者の番号							生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	備考		
	氏名	(フリガナ) (氏)			(名)						取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	報酬月額	※健保で記入 千円	
											住民票住所	〒 -						
	配偶者の有無（○を付ける）※配偶者を申請しない場合、要記入		有 →	配偶者氏名	(氏)	(名)	年齢	歳	職業		配偶者の収入(年収)	万円						
			無 →	無の理由（○を付ける）			1. 未婚		2. 離婚		3. 死別							

☐ 追加 ・ ☐ 削除(変更) ※ □には✓を記入。

被扶養者欄	氏名	(フリガナ) (氏)			(名)						生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女	
											個人番号(マイナンバー)							
	続柄		職業		収入(年収)	万円	住民票住所	〒 -										
	被扶養者になった日	9.令和	年	月	日	被扶養者から除かれた日	9.令和	年	月	日	理由(○印/記入)	出生・結婚・離婚・就職・退職・死亡 その他( )						
	居住所	☐ 同居 ☐ 別居	居住所	☐ 住民票住所と同じ	☐ 住民票住所と異なる	〒										資格確認書発行要否	必要☐	

▲ 居住所と住民票住所が異なる場合、居住所を記入。

▲マイナンバーカードを持っている方はチェック不要。

☐ 追加 ・ ☐ 削除(変更) ※ □には✓を記入。

被扶養者欄	氏名	(フリガナ) (氏)			(名)						生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女	
											個人番号(マイナンバー)							
	続柄		職業		収入(年収)	万円	住民票住所	〒 -										
	被扶養者になった日	9.令和	年	月	日	被扶養者から除かれた日	9.令和	年	月	日	理由(○印/記入)	出生・結婚・離婚・就職・退職・死亡 その他( )						
	居住所	☐ 同居 ☐ 別居	居住所	☐ 住民票住所と同じ	☐ 住民票住所と異なる	〒										資格確認書発行要否	必要☐	

▲ 居住所と住民票住所が異なる場合、居住所を記入。

▲マイナンバーカードを持っている方はチェック不要。

☐ 追加 ・ ☐ 削除(変更) ※ □には✓を記入。

被扶養者欄	氏名	(フリガナ) (氏)			(名)						生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女	
											個人番号(マイナンバー)							
	続柄		職業		収入(年収)	万円	住民票住所	〒 -										
	被扶養者になった日	9.令和	年	月	日	被扶養者から除かれた日	9.令和	年	月	日	理由(○印/記入)	出生・結婚・離婚・就職・退職・死亡 その他( )						
	居住所	☐ 同居 ☐ 別居	居住所	☐ 住民票住所と同じ	☐ 住民票住所と異なる	〒										資格確認書発行要否	必要☐	

▲ 居住所と住民票住所が異なる場合、居住所を記入。

▲マイナンバーカードを持っている方はチェック不要。

☑ 収入に関する証明の添付が省略されている者は、所得税法上の控除対象配偶者（※）又は控除対象扶養親族であることを確認しました。
※ 年末調整の際「配偶者控除」に該当する予定の配偶者

☑ 被保険者との続柄（※）に関する証明書類が省略されている者については、続柄を確認しています。

令和 年 月 日 提出

※ 内縁関係の場合は省略できません。

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	( )

受付年月日

平和堂健康保険組合（R7.1）