

正

# 健康保険被扶養者（異動）届

部長	課長	係長	係

被保険者欄	被保険者等 記号	9999	被保険者等 番号	567	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	46	11	01	配偶者 年収	万円
	氏名	東薬 太郎		取得 年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	08	05	01	標準報 酬月額	320	千円
	住所	〒100-0014 東京都千代田区永田町2-17-2 東薬ビル101									

◎ 子供の認定の際、配偶者が被扶養者となっていない場合は、「配偶者年収」欄に前年の配偶者年収を記入してください。

被扶養者欄 ①	氏名 (フリガナ)	トウヤク ハナコ	東薬 花子	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	48	08	01	性別	1.男 2.女	資格 確認 書	添付 不能 滅失	
	増	続柄	妻	職業	会社員	収入 (年収)	給与収入のみ		住所	1.同居 2.別居	別居の 場合	資格 確認 書 発行 要 否	<input type="checkbox"/> 発行が必要
	減	被扶養者 になった日	9.令和	被扶養者から 除かれた日	9.令和	08	08	01	理由	就職			

被扶養者欄 ②	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	資格 確認 書	添付 不能 滅失	
	増	続柄		職業		収入 (年収)	給与収入のみ		住所	1.同居 2.別居	別居の 場合	資格 確認 書 発行 要 否	<input type="checkbox"/> 発行が必要
	減	被扶養者 になった日	9.令和	被扶養者から 除かれた日	9.令和				理由				

被扶養者欄 ③	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	資格 確認 書	添付 不能 滅失	
	増	続柄		職業		収入 (年収)	給与収入のみ		住所	1.同居 2.別居	別居の 場合	資格 確認 書 発行 要 否	<input type="checkbox"/> 発行が必要
	減	被扶養者 になった日	9.令和	被扶養者から 除かれた日	9.令和				理由				

被扶養者欄 ④	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	資格 確認 書	添付 不能 滅失	
	増	続柄		職業		収入 (年収)	給与収入のみ		住所	1.同居 2.別居	別居の 場合	資格 確認 書 発行 要 否	<input type="checkbox"/> 発行が必要
	減	被扶養者 になった日	9.令和	被扶養者から 除かれた日	9.令和				理由				

- ◎ 記入方法をよくお読みください。
- ◎ 被扶養者を減らす届出の際は個人番号の記入は不要です。
- ◎ 被保険者の押印は、被保険者自らが自署した場合、または「確認」欄へ✓することで省略することができます。
- ◎ 収入のある方が給与収入のみの場合、収入(年収)欄のチェックボックスに✓をお願いします。

令和 ● 年 ● 月 ● 日 提出 受付日付印

事業所 所在地	〒351-0111 埼玉県和光市下新倉6-7-28
事業所 名称	東薬株式会社
事業主 氏名	薬業 太郎
電話番号	048 (461) 7605

確認	この届出は①又は②の要件を満たしたものである ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が 確認している。
<input checked="" type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	扶養控除申告書の写しを添付できない場合 所得税法上の控除対象配偶者・扶養親族である ことを確認しました。
社会保険労務士の代行者名記載欄	

東京薬業健康保険組合