

# 健康保険 被保険者資格取得届

常務理事	事務長	課長	係長	主任	担当

令和 年 月 日 提出

提出者記入欄	事業所所在地	〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	( )

受付印

社会保険労務士記載欄  
氏名等

被保険者 1	① 被保険者番号	② 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	④ 種別	1. 男 2. 女
	⑤ 取得区分	1.健康保険	⑥ 個人番号	⑦ 取得(該当)年月日	9.令和	年 月 日	⑧ 被扶養者	0. 無 1. 有
	⑨ 報酬月額	⑦(通貨) 円 ⑧(現物) 円	⑩(合計⑦+⑧) 円		⑩ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の取得 2. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 3. 退職後の継続再雇用者の取得 4. その他( )		
	⑪ 住所	住民票 〒 - 住所 〒 - 居所 〒 -	住民票住所が空欄の場合は該当する項目を○で囲んでください。 理由: 1.海外在住 2.短期在留 3.その他( )					

被保険者 2	① 被保険者番号	② 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	④ 種別	1. 男 2. 女
	⑤ 取得区分	1.健康保険	⑥ 個人番号	⑦ 取得(該当)年月日	9.令和	年 月 日	⑧ 被扶養者	0. 無 1. 有
	⑨ 報酬月額	⑦(通貨) 円 ⑧(現物) 円	⑩(合計⑦+⑧) 円		⑩ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の取得 2. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 3. 退職後の継続再雇用者の取得 4. その他( )		
	⑪ 住所	住民票 〒 - 住所 〒 - 居所 〒 -	住民票住所が空欄の場合は該当する項目を○で囲んでください。 理由: 1.海外在住 2.短期在留 3.その他( )					

被保険者 3	① 被保険者番号	② 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	④ 種別	1. 男 2. 女
	⑤ 取得区分	1.健康保険	⑥ 個人番号	⑦ 取得(該当)年月日	9.令和	年 月 日	⑧ 被扶養者	0. 無 1. 有
	⑨ 報酬月額	⑦(通貨) 円 ⑧(現物) 円	⑩(合計⑦+⑧) 円		⑩ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の取得 2. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 3. 退職後の継続再雇用者の取得 4. その他( )		
	⑪ 住所	住民票 〒 - 住所 〒 - 居所 〒 -	住民票住所が空欄の場合は該当する項目を○で囲んでください。 理由: 1.海外在住 2.短期在留 3.その他( )					

被保険者 4	① 被保険者番号	② 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	④ 種別	1. 男 2. 女
	⑤ 取得区分	1.健康保険	⑥ 個人番号	⑦ 取得(該当)年月日	9.令和	年 月 日	⑧ 被扶養者	0. 無 1. 有
	⑨ 報酬月額	⑦(通貨) 円 ⑧(現物) 円	⑩(合計⑦+⑧) 円		⑩ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の取得 2. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 3. 退職後の継続再雇用者の取得 4. その他( )		
	⑪ 住所	住民票 〒 - 住所 〒 - 居所 〒 -	住民票住所が空欄の場合は該当する項目を○で囲んでください。 理由: 1.海外在住 2.短期在留 3.その他( )					

## 記入方法

提出者記入欄 : 事業所記号は下図を参照し、事業所ごとに付された記号を記入してください。

					—				事業所 記号			3	7
--	--	--	--	--	---	--	--	--	-----------	--	--	---	---

②氏名 : 氏名は住民票に登録されているものと同じ氏名をご記入ください。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○で囲んでください。生年月日は下図を参照し記入してください。

⑤.昭和		年		月		日
7.平成	6	3	0	5	0	3
9.令和						

④種別 : 該当する番号を○で囲んでください。

⑥個人番号 : 本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。

⑦取得(該当)年月日 : 適用事業所に使用されるに至った日(事実上の使用関係が発生した日)を記入してください。

⑧被扶養者 : 健康保険の被扶養者がある場合は「1. 有」を、ない場合は「0. 無」を○で囲んでください。

「1. 有」の場合は『被扶養者(異動)届』の届出が別途必要です。

⑨報酬月額 : 「⑦(通貨)」は給料・手当等、名称を問わず労働の対償として金銭(通貨)で支払われるすべての合計金額を記入してください。

※1 臨時に支払うものや、3月を超える期間ごとに支払う賞与等は対象となりません。

※2 週給の場合は、報酬額を7で割って得た額の30倍に相当する金額を記入してください。

※3 実績によって報酬が変わる場合は、資格取得月の前月1ヵ月間に、同事業所内で同様の業務に携わっている従業員の報酬の平均額を記入してください。

「④(現物)」は、報酬のうち食事・住宅・被服・定期券等、金銭(通貨)以外で支払われるものについて記入してください。

現物によるものの額は、厚生労働大臣によって定められた額(食事・住宅については都道府県ごとに定められた価格、その他被服等は時価により算定した額)を記入してください。

⑩備考 : 該当する場合に番号を○で囲んでください。

「2.二以上事業所勤務者の取得」に該当する場合は、資格取得日から10日以内に、被保険者が『被保険者所属選択・二以上事業所勤務届』を提出する必要があります。

「3.短時間労働者の取得(特定適用事業所等)」は、短時間労働者に係る資格取得届を提出する場合に○で囲んでください。

「4.退職後の継続再雇用者の取得」に該当する場合は、この届書とあわせて『被保険者資格喪失届』の提出が必要です。

被保険者が共済組合制度の適用を受ける二以上事業所勤務者であり、健康保険の徴収給付を行わない場合は、「5.その他」を○で囲み、( )内に「他事業所で共済加入」とご記入ください。

⑪住所 : 住所は上段に住民票に記載されている住所を正確にご記入ください。

下段には居所をご記入ください。(集合住宅の場合、アパート・マンション名、号棟・号室までご記入ください。)

なお、日本国内に住民票(個人番号)を有していない等、住民票住所を記入できない場合は、居所等を記入の上、

「1.海外在住」「2.短期在留」「3.その他」のいずれか該当する理由を○で囲み、「3.その他」に○をした場合は、その理由をご記入ください。

## 添付書類

・60歳以上の方で退職後の継続再雇用の場合

ア.就業規則・退職辞令のコピー等退職日が確認できる書類、および継続して再雇用されたことが確認できる雇用契約書のコピー

イ.上記「ア」の書類が添付できない場合、事業主の証明書(退職日、再雇用日が記載されているもの)等

## お知らせ

・この『被保険者資格取得届』を提出し、資格取得の確認および標準報酬月額が決定されると、『資格取得確認および標準報酬月額決定通知書』が事業所に送付されますので、事業主は通知内容を被保険者に通知してください。

# 健康保険 被保険者資格取得届

常務理事	事務長	課長	係長	主任	担当

令和 5 年 10 月 3 日 提出

提出者記入欄	事業所所在地	〒 - 東京都〇〇区△△1-1-1
	事業所名称	〇〇株式会社
	事業主氏名	
	電話番号	03 (〇〇〇〇) △△△△
	事業所記号	2 0

受付印

社会保険労務士記載欄

氏名等

被保険者 1	① 被保険者番号	213	② 氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ (氏) 健保 (名) 太郎	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	1 0 1 1 0 1	④ 種別	1. 男 2. 女
	⑤ 取得区分	1.健康保険	⑥ 個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	⑦ 取得(該当)年月日	9.令和	年 月 日	0 5 1 0 0 1	⑧ 被扶養者	0. 無 1. 有
	⑨ 報酬月額	⑦(通貨) 250,000 円 ①(現物) 0 円	⑩(合計⑦+①)		⑩ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の取得 2. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 3. 退職後の継続再雇用者の取得 4. その他( )				
	⑪ 住所	住民票 〒 650 - 0000 住所 兵庫県神戸市〇〇区△△1-2-101 居所 〒 650 - 0000 兵庫県神戸市〇〇区△△1-2 〇〇ハイツ101	住民票住所が空欄の場合は該当する項目を○で囲んでください。 1. 海外在住 理由: 2. 短期在留 3. その他( )							

被保険者 2	① 被保険者番号		② 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日		④ 種別	1. 男 2. 女
	⑤ 取得区分	1.健康保険	⑥ 個人番号		⑦ 取得(該当)年月日	9.令和	年 月 日		⑧ 被扶養者	0. 無 1. 有
	⑨ 報酬月額	⑦(通貨) 円 ①(現物) 円	⑩(合計⑦+①)		⑩ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の取得 2. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 3. 退職後の継続再雇用者の取得 4. その他( )				
	⑪ 住所	住民票 〒 - 住所 - 居所 〒 -	住民票住所が空欄の場合は該当する項目を○で囲んでください。 1. 海外在住 理由: 2. 短期在留 3. その他( )							

被保険者 3	① 被保険者番号		② 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日		④ 種別	1. 男 2. 女
	⑤ 取得区分	1.健康保険	⑥ 個人番号		⑦ 取得(該当)年月日	9.令和	年 月 日		⑧ 被扶養者	0. 無 1. 有
	⑨ 報酬月額	⑦(通貨) 円 ①(現物) 円	⑩(合計⑦+①)		⑩ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の取得 2. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 3. 退職後の継続再雇用者の取得 4. その他( )				
	⑪ 住所	住民票 〒 - 住所 - 居所 〒 -	住民票住所が空欄の場合は該当する項目を○で囲んでください。 1. 海外在住 理由: 2. 短期在留 3. その他( )							

被保険者 4	① 被保険者番号		② 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日		④ 種別	1. 男 2. 女
	⑤ 取得区分	1.健康保険	⑥ 個人番号		⑦ 取得(該当)年月日	9.令和	年 月 日		⑧ 被扶養者	0. 無 1. 有
	⑨ 報酬月額	⑦(通貨) 円 ①(現物) 円	⑩(合計⑦+①)		⑩ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の取得 2. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 3. 退職後の継続再雇用者の取得 4. その他( )				
	⑪ 住所	住民票 〒 - 住所 - 居所 〒 -	住民票住所が空欄の場合は該当する項目を○で囲んでください。 1. 海外在住 理由: 2. 短期在留 3. その他( )							

## 記入方法

提出者記入欄 : 事業所記号は下図を参照し、事業所ごとに付された記号を記入してください。

				—		事業所 記号			3	7
--	--	--	--	---	--	-----------	--	--	---	---

②氏名 : 氏名は住民票に登録されているものと同じ氏名をご記入ください。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○で囲んでください。生年月日は下図を参照し記入してください。

5.昭和	年	月	日
7.平成	6	3	0
9.令和			

④種別 : 該当する番号を○で囲んでください。

⑥個人番号 : 本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。

⑦取得(該当)年月日 : 適用事業所に使用されるに至った日(事実上の使用関係が発生した日)を記入してください。

⑧被扶養者 : 健康保険の被扶養者がある場合は「1. 有」を、ない場合は「0. 無」を○で囲んでください。

「1. 有」の場合は『被扶養者(異動)届』の届出が別途必要です。

⑨報酬月額 : 「⑦(通貨)」は給料・手当等、名称を問わず労働の対償として金銭(通貨)で支払われるすべての合計金額を記入してください。

※1 臨時に支払うものや、3月を超える期間ごとに支払う賞与等は対象となりません。

※2 週給の場合は、報酬額を7で割って得た額の30倍に相当する金額を記入してください。

※3 実績によって報酬が変わる場合は、資格取得月の前月1か月間に、同事業所内で同様の業務に携わっている従業員の報酬の平均額を記入してください。

「④(現物)」は、報酬のうち食事・住宅・被服・定期券等、金銭(通貨)以外で支払われるものについて記入してください。

現物によるものの額は、厚生労働大臣によって定められた額(食事・住宅については都道府県ごとに定められた価格、その他被服等は時価により算定した額)を記入してください。

⑩備考 : 該当する場合に番号を○で囲んでください。

「2.二以上事業所勤務者の取得」に該当する場合は、資格取得日から10日以内に、被保険者が『被保険者所属選択・二以上事業所勤務届』を提出する必要があります。

「3.短時間労働者の取得(特定適用事業所等)」は、短時間労働者に係る資格取得届を提出する場合に○で囲んでください。

「4.退職後の継続再雇用者の取得」に該当する場合は、この届書とあわせて『被保険者資格喪失届』の提出が必要です。

被保険者が共済組合制度の適用を受ける二以上事業所勤務者であり、健康保険の徴収給付を行わない場合は、「5.その他」を○で囲み、( )内に「他事業所で共済加入」とご記入ください。

⑪住所 : 住所は上段に住民票に記載されている住所を正確にご記入ください。

下段には居所をご記入ください。(集合住宅の場合、アパート・マンション名、号棟・号室までご記入ください。)

なお、日本国内に住民票(個人番号)を有していない等、住民票住所を記入できない場合は、居所等を記入の上、

「1.海外在住」「2.短期在留」「3.その他」のいずれか該当する理由を○で囲み、「3.その他」に○をした場合は、その理由をご記入ください。

## 添付書類

・60歳以上の方で退職後の継続再雇用の場合

ア.就業規則・退職辞令のコピー等退職日が確認できる書類、および継続して再雇用されたことが確認できる雇用契約書のコピー

イ.上記「ア」の書類が添付できない場合、事業主の証明書(退職日、再雇用日が記載されているもの)等

## お知らせ

・この『被保険者資格取得届』を提出し、資格取得の確認および標準報酬月額が決定されると、『資格取得確認および標準報酬月額決定通知書』が事業所に送付されますので、事業主は通知内容を被保険者に通知してください。

# 健康保険被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	課長	係長	主任	担当

令和 年 月 日 提出

事業主記入欄	事業所所在地	〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	
<input type="checkbox"/> 本人押印・署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。		
事業主が確認した場合に○で囲んでください。 <input checked="" type="checkbox"/> <b>確認</b> 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。(※内縁関係の場合は省略不可)		

受付年月日
-------

社会保険労務士記入欄
氏名等

被保険者欄	記号		番号		生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女	年収		円	住所	〒 -
	氏名	(フリガナ) (氏)		(名)						取得年月日	昭・平・令	年	月	日		

被扶養者になった場合は「該当」、被扶養者でなくなった場合は「非該当」を○で囲んでください。

被扶養者欄1	氏名	(フリガナ) (氏)		(名)		生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女	続柄	(戸籍上)
	居所	1.同居 2.別居	〒 -										理由	1.留学 4.海外婚姻 2.同行家族 5.その他 ( ) 3.特定活動
	住民票住所	〒 -											理由	1.国内転入(令和 年 月 日) 2.その他( )
	<input checked="" type="checkbox"/> 該当	被扶養者になった日	令和	年	月	日	理由	1.被保険者の就職 4.収入減少 2.婚姻 5.出生 3.離職 6.その他( )	年収		円	職業	1.無職 4.学生 2.パート 5.未就学児 3.年金受給者 6.その他( )	
	<input type="checkbox"/> 非該当	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	理由	1.就職 4.死亡 2.収入増加 5.その他( ) 3.離婚	備考					

被扶養者欄2	氏名	(フリガナ) (氏)		(名)		生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女	続柄	(戸籍上)
	居所	1.同居 2.別居	〒 -										理由	1.留学 4.海外婚姻 2.同行家族 5.その他 ( ) 3.特定活動
	住民票住所	〒 -											理由	1.国内転入(令和 年 月 日) 2.その他( )
	<input checked="" type="checkbox"/> 該当	被扶養者になった日	令和	年	月	日	理由	1.被保険者の就職 4.収入減少 2.婚姻 5.出生 3.離職 6.その他( )	年収		円	職業	1.無職 4.学生 2.パート 5.未就学児 3.年金受給者 6.その他( )	
	<input type="checkbox"/> 非該当	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	理由	1.就職 4.死亡 2.収入増加 5.その他( ) 3.離婚	備考					

被扶養者欄3	氏名	(フリガナ) (氏)		(名)		生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女	続柄	(戸籍上)
	居所	1.同居 2.別居	〒 -										理由	1.留学 4.海外婚姻 2.同行家族 5.その他 ( ) 3.特定活動
	住民票住所	〒 -											理由	1.国内転入(令和 年 月 日) 2.その他( )
	<input checked="" type="checkbox"/> 該当	被扶養者になった日	令和	年	月	日	理由	1.被保険者の就職 4.収入減少 2.婚姻 5.出生 3.離職 6.その他( )	年収		円	職業	1.無職 4.学生 2.パート 5.未就学児 3.年金受給者 6.その他( )	
	<input type="checkbox"/> 非該当	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	理由	1.就職 4.死亡 2.収入増加 5.その他( ) 3.離婚	備考					

被保険者の配偶者が被扶養者ではないとき(例: 夫婦共働きの場合)は記入してください。	配偶者の年収		円
--	--------	--	---

※被扶養者の「該当」と「非該当」は同時に提出できません。「該当」、「非該当」はそれぞれ別の用紙で提出してください。

## 記入方法

### ○被保険者欄

- ・記号・番号 : 資格取得時に払い出された被保険者記号・番号をご記入ください。
- ・氏名 : 氏名は住民票に登録されているものと同じ氏名を記入してください。
- ・生年月日 : 年号は該当するものを○で囲んでください。
- ・性別 : 該当するものを○で囲んでください。
- ・年収 : 被保険者の今後1年間の年間収入見込額をご記入ください。
- ・居所 : 居所をご記入ください。(集合住宅の場合、アパート・マンション名、号棟・号室まで記入してください。)

### ○被扶養者欄

- ・氏名 : 氏名は住民票に登録されているものと同じ氏名を記入してください。
- ・続柄 : 戸籍上の続柄をご記入ください。(例:長男、二女、養子、養女等)
- ・個人番号 : 本人確認を行ったうえで、個人番号をご記入ください。
- ・居所 : 被保険者と同居または別居のいずれかを○で囲み、同居の場合は住所記入は不要です。  
別居の場合は、居所をご記入ください。(集合住宅の場合、アパート・マンション名、号棟・号室まで記入してください。)  
なお、海外居住者については、国内における協力者住所(親族、被保険者の勤務先住所等)を方書きも含めてご記入の上、「備考」欄に海外居住先の住所及び国内協力者が親族の場合は氏名及び続柄をご記入ください。
- ・住民票住所 : 住民票に記載されている住所を正確にご記入ください。海外居住者で日本国内に住民票を有していない場合は、「海外居住」とご記入ください。
- ・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「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。
- ・理由 : 該当する番号を○で囲んでください。
- ・年収 : 今後1年間の年間収入見込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)も含まれます。
- ・職業 : 該当する番号を○で囲んでください。
- ・被扶養者でなくなった日 : 死亡による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ご記入ください。
- ・海外特例要件 : 海外特例要件該当・非該当のいずれかを○で囲み、理由をご記入ください。
- ・備考 : 被扶養者情報に変更がある場合は、変更の内容とその理由をご記入ください。
- ・配偶者の年収 : 配偶者以外を被扶養者とする場合で、被保険者の配偶者が被扶養者でないときは配偶者の年間収入をご記入ください。  
これは、配偶者以外の方について、被保険者と配偶者のどちらの被扶養者に認定するのが適正なのかを確認するためです。

# 健康保険被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	課長	係長	主任	担当

令和5年10月3日提出

事業所所在地 **東京都〇〇区△△1-1-1**

事業所名称 **〇〇株式会社**

事業主氏名

電話番号 **03-〇〇〇〇-△△△△**

本人押印・署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。

事業主が確認した場合に〇で囲んでください。 **確認** 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。(※内縁関係の場合は省略不可)

受付年月日

社会保険労務士記入欄  
氏名等

被保険者欄

記号 **28** 番号 **1234** 生年月日 **昭平令 571101** 性別 **男・女** 年収 **300万** 円 住所 **〒650-0000 兵庫県神戸市〇〇区△△1-2 〇〇ハイツ101**

氏名 (フリガナ) **ケンボ** (氏) **ハナコ** (名) **太郎** 取得年月日 **昭平令 220318**

氏名 **健保** (氏) **太郎** (名) **太郎**

被扶養者になった場合は「該当」、被扶養者でなくなった場合は「非該当」を〇で囲んでください。

被扶養者欄 1

氏名 (フリガナ) **ケンボ** (氏) **ハナコ** (名) **花子** 生年月日 **昭平令 570501** 性別 **男・女** 続柄 (戸籍上) **妻**

個人番号 **1 2 3 4 - 5 6 7 8 - 9 0 1 2**

居所 **1.同居** **2.別居** 理由 **1.留学 4.海外婚姻 2.同行家族 5.その他 ( ) 3.特定活動**

住民票住所 **〒650-0000 兵庫県神戸市〇〇区△△1-2-101** 理由 **1.国内転入(令和 年 月 日) 2.その他( )**

該当  被扶養者になった日 令和 **051001** 理由 **1.被保険者の就職 4.収入減少 2.婚姻 5.出生 3.離職 6.その他( )** 年収 **0** 円 職業 **1.無職 4.学生 2.パート 5.未就学児 3.年金受給者 6.その他( )**

非該当  被扶養者でなくなった日 令和 年 月 日 理由 **1.就職 4.死亡 2.収入増加 5.その他( ) 3.離婚** 備考

被扶養者欄 2

氏名 (フリガナ) (氏) (名) 生年月日 昭平令 年 月 日 性別 男・女 続柄 (戸籍上)

個人番号 -

居所 **1.同居 2.別居** 理由 **1.留学 4.海外婚姻 2.同行家族 5.その他 ( ) 3.特定活動**

住民票住所 理由 **1.国内転入(令和 年 月 日) 2.その他( )**

該当  被扶養者になった日 令和 年 月 日 理由 **1.被保険者の就職 4.収入減少 2.婚姻 5.出生 3.離職 6.その他( )** 年収 円 職業 **1.無職 4.学生 2.パート 5.未就学児 3.年金受給者 6.その他( )**

非該当  被扶養者でなくなった日 令和 年 月 日 理由 **1.就職 4.死亡 2.収入増加 5.その他( ) 3.離婚** 備考

被扶養者欄 3

氏名 (フリガナ) (氏) (名) 生年月日 昭平令 年 月 日 性別 男・女 続柄 (戸籍上)

個人番号 -

居所 **1.同居 2.別居** 理由 **1.留学 4.海外婚姻 2.同行家族 5.その他 ( ) 3.特定活動**

住民票住所 理由 **1.国内転入(令和 年 月 日) 2.その他( )**

該当  被扶養者になった日 令和 年 月 日 理由 **1.被保険者の就職 4.収入減少 2.婚姻 5.出生 3.離職 6.その他( )** 年収 円 職業 **1.無職 4.学生 2.パート 5.未就学児 3.年金受給者 6.その他( )**

非該当  被扶養者でなくなった日 令和 年 月 日 理由 **1.就職 4.死亡 2.収入増加 5.その他( ) 3.離婚** 備考

被保険者の配偶者が被扶養者ではないとき(例: 夫婦共働きの場合)は記入してください。 配偶者の年収 円

※被扶養者の「該当」と「非該当」は同時に提出できません。「該当」、「非該当」はそれぞれ別の用紙で提出してください。

## 記入方法

### ○被保険者欄

- ・記号・番号 : 資格取得時に払い出された被保険者記号・番号をご記入ください。
- ・氏名 : 氏名は住民票に登録されているものと同じ氏名を記入してください。
- ・生年月日 : 年号は該当するものを○で囲んでください。
- ・性別 : 該当するものを○で囲んでください。
- ・年収 : 被保険者の今後1年間の年間収入見込額をご記入ください。
- ・居所 : 居所をご記入ください。(集合住宅の場合、アパート・マンション名、号棟・号室まで記入してください。)

### ○被扶養者欄

- ・氏名 : 氏名は住民票に登録されているものと同じ氏名を記入してください。
- ・続柄 : 戸籍上の続柄をご記入ください。(例:長男、二女、養子、養女等)
- ・個人番号 : 本人確認を行ったうえで、個人番号をご記入ください。
- ・居所 : 被保険者と同居または別居のいずれかを○で囲み、同居の場合は住所記入は不要です。  
別居の場合は、居所をご記入ください。(集合住宅の場合、アパート・マンション名、号棟・号室まで記入してください。)  
なお、海外居住者については、国内における協力者住所(親族、被保険者の勤務先住所等)を方書きも含めてご記入の上、「備考」欄に海外居住先の住所及び国内協力者が親族の場合は氏名及び続柄をご記入ください。
- ・住民票住所 : 住民票に記載されている住所を正確にご記入ください。海外居住者で日本国内に住民票を有していない場合は、「海外居住」とご記入ください。
- ・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「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。
- ・理由 : 該当する番号を○で囲んでください。
- ・年収 : 今後1年間の年間収入見込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)も含まれます。
- ・職業 : 該当する番号を○で囲んでください。
- ・被扶養者でなくなった日 : 死亡による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ご記入ください。
- ・海外特例要件 : 海外特例要件該当・非該当のいずれかを○で囲み、理由をご記入ください。
- ・備考 : 被扶養者情報に変更がある場合は、変更の内容とその理由をご記入ください。
- ・配偶者の年収 : 配偶者以外を被扶養者とする場合で、被保険者の配偶者が被扶養者でないときは配偶者の年間収入をご記入ください。  
これは、配偶者以外の方について、被保険者と配偶者のどちらの被扶養者に認定するのが適正なのかを確認するためです。



# 健康保険 被保険者・被扶養者 住所変更届

常務理事	事務長	課長	係長	主任	担当

被保険者証の (右づめ)	記号	番号	変更年月日 年 月 日	変更理由
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	令和 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> その他 ( )
氏名			変更した被保険者住所 <input type="checkbox"/> 住民票住所 <input type="checkbox"/> 居所 <input type="checkbox"/> 変更なし	変更した被扶養者住所 <input type="checkbox"/> 住民票住所 <input type="checkbox"/> 居所 <input type="checkbox"/> 変更なし

※住所の記入について 住民票住所：住民票に記載されている住所を正確に記入してください。  
居所：アパート・マンション名、号棟・号室まで記入してください。

被保険者欄	電話番号	自宅	-	-	携帯	-	-
	住民票住所	変更後	(〒 - )	都道府県	変更前	(〒 - )	都道府県
	居所(変更後)	(〒 - )	都道府県				

被扶養者欄 ①	電話番号	自宅	-	-	携帯	-	-		
	住民票住所	変更後	被保険者欄と同じ <input type="checkbox"/>	(〒 - )	都道府県	変更前	被保険者欄と同じ <input type="checkbox"/>	(〒 - )	都道府県
	居所(変更後)	被保険者欄と同じ <input type="checkbox"/>	(〒 - )	都道府県					

被扶養者欄 ②	電話番号	自宅	-	-	携帯	-	-		
	住民票住所	変更後	被保険者欄と同じ <input type="checkbox"/>	(〒 - )	都道府県	変更前	被保険者欄と同じ <input type="checkbox"/>	(〒 - )	都道府県
	居所(変更後)	被保険者欄と同じ <input type="checkbox"/>	(〒 - )	都道府県					

被扶養者欄 ③	電話番号	自宅	-	-	携帯	-	-		
	住民票住所	変更後	被保険者欄と同じ <input type="checkbox"/>	(〒 - )	都道府県	変更前	被保険者欄と同じ <input type="checkbox"/>	(〒 - )	都道府県
	居所(変更後)	被保険者欄と同じ <input type="checkbox"/>	(〒 - )	都道府県					

被扶養者欄 ④	電話番号	自宅	-	-	携帯	-	-		
	住民票住所	変更後	被保険者欄と同じ <input type="checkbox"/>	(〒 - )	都道府県	変更前	被保険者欄と同じ <input type="checkbox"/>	(〒 - )	都道府県
	居所(変更後)	被保険者欄と同じ <input type="checkbox"/>	(〒 - )	都道府県					

令和 年 月 日提出

事業主欄	事業所所在地	〒 -	・任意継続被保険者の方は 事業主欄の記入は不要です。
	事業所名称		
	事業主氏名		

受付日付印
-------

※被保険者欄と同じ□にチェックした場合 記入を省略できません。

# 健康保険 被保険者・被扶養者 住所変更届

常務理事	事務長	課長	係長	主任	担当

被保険者証の (右つめ)	記号 28	番号 1234	変更年月日 年 月 日 令和 040901	変更理由 <input checked="" type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> その他 ( )
氏名 健保 太郎	変更した被保険者住所 <input checked="" type="checkbox"/> 住民票住所 <input checked="" type="checkbox"/> 居所 <input type="checkbox"/> 変更なし		変更した被扶養者住所 <input checked="" type="checkbox"/> 住民票住所 <input checked="" type="checkbox"/> 居所 <input type="checkbox"/> 変更なし	

※住所の記入について 住民票住所：住民票に記載されている住所を正確に記入してください。  
居所：アパート・マンション名、号棟・号室まで記入してください。

被保険者欄	変更後	(〒650-0000)	電話番号	自宅 078-000-0000	携帯 090-0000-0000
	住民票住所	兵庫県 神戸市○○区△△通1-2-104			
	変更前	(〒830-0000)	福岡 福岡市○○区△△通7-7		
居所(変更後)		(〒650-0000)	兵庫県 神戸市○○区△△通1-2 ○○ハイツ104		

被扶養者欄 ①	氏名	健保 花子		電話番号	自宅 - - 携帯 090-0000-0000
	住民票住所	変更後	被保険者欄と同じ <input checked="" type="checkbox"/>	(〒 - )	都道府県
		変更前	被保険者欄と同じ <input checked="" type="checkbox"/>	(〒 - )	都道府県
	居所(変更後)	被保険者欄と同じ <input checked="" type="checkbox"/>	(〒 - )	都道府県	

被扶養者欄 ②	氏名			電話番号	自宅 - - 携帯 - -
	住民票住所	変更後	被保険者欄と同じ <input type="checkbox"/>	(〒 - )	都道府県
		変更前	被保険者欄と同じ <input type="checkbox"/>	(〒 - )	都道府県
	居所(変更後)	被保険者欄と同じ <input type="checkbox"/>	(〒 - )	都道府県	

被扶養者欄 ③	氏名			電話番号	自宅 - - 携帯 - -
	住民票住所	変更後	被保険者欄と同じ <input type="checkbox"/>	(〒 - )	都道府県
		変更前	被保険者欄と同じ <input type="checkbox"/>	(〒 - )	都道府県
	居所(変更後)	被保険者欄と同じ <input type="checkbox"/>	(〒 - )	都道府県	

被扶養者欄 ④	氏名			電話番号	自宅 - - 携帯 - -
	住民票住所	変更後	被保険者欄と同じ <input type="checkbox"/>	(〒 - )	都道府県
		変更前	被保険者欄と同じ <input type="checkbox"/>	(〒 - )	都道府県
	居所(変更後)	被保険者欄と同じ <input type="checkbox"/>	(〒 - )	都道府県	

令和 4 年 9 月 15 日提出

事業主欄	事業所所在地	〒 -	・任意継続被保険者の方は 事業主欄の記入は不要です。
	事業所名称		
	事業主氏名		

受付日付印
-------

※被保険者欄と同じ□にチェックした場合 記入を省略できません。