

健康保険 被扶養者（異動）届

令和 6 年 12 月 1 日

事業主記入欄	事業所記号	101	受付印
	事業所所在地	〒552-0011 大阪府大阪市港区南市岡1-2-5	
	事業所名称	社会医療法人きつこう会	
	事業主氏名	代表取締役 健保 良一 (事業主印)	
電話番号	06 (6585) 3150	社会保険労務士記載欄 氏名等	(印)

A. 被保険者欄	① 被保険者番号	9977	② (フリガナ) 氏名	ネンキン イチロウ (氏名) 年金 一郎 (被保険者印)	③ 生年月日	昭(平) 令 0 1 1 0 1 0 性別 (1.男) 2.女
	⑥ 取得年月日	平成 令和 2 2 0 4 1 0	⑦ 収入(年収)	2,400,000 円	⑤ 個人番号	123450123456
⑧ 住所		〒550-0025 大阪府大阪市西区九条南△一〇〇				

*配偶者が被扶養者になった場合は「該当」(認定)、被扶養者でなくなった場合は「非該当」(抹消)を○で囲んでください。

B. 配偶者である被扶養者欄	① 氏名	(フリガナ) 氏名 ネンキン ハナコ (氏名) 年金 花子 (被扶養者印)	② 生年月日	昭(平) 令 0 2 0 3 2 6 性別 (続柄) 1.夫 (2.妻)			
	⑦ 住所	同居 別居 〒550-0025 大阪府大阪市西区九条南△一〇〇	⑧ 電話番号	(1.自宅) 2.携帯 3.勤務先 4.その他 ()			
	⑨ 該当(認定)	被扶養者になった日 令和 年 月 日	⑩ 理由	1. 配偶者の就職 2. 婚姻 3. 離職 4. 収入減少 5. その他 ()			
	⑪ 非該当(抹消)	被扶養者でなくなった日 令和 06 12 01	⑫ 理由	1. 死亡 (年 月 日) 2. 離婚 3. 就職・収入増加 4. 75歳到達 5. 障害認定 () 6. その他 ()			
⑬ 職業		⑭ 収入(年収) 0 円		⑮ マイナンバーカード保持状況	1. 持っている 2. 持っていない	⑯ 資格確認証	<input type="checkbox"/> 発行が必要

⑬ 夫婦共同扶養/共働きで子等を認定申請する場合、当組合未加入配偶者(他健保/協会けんぽ等加入者)の年収を記入してください。 * 共同扶養義務者確認のため 円

*配偶者以外の方が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」、変更の場合は「変更」を○で囲んでください。

C. その他の被扶養者欄 1	① 氏名	(フリガナ) 氏名 (氏名)	② 生年月日	昭・平・令 年 月 日 性別 1.男 2.女	④ 続柄	1. 子(続柄) 2. 1以外の子 3. 父母・養父母 4. 義父母 5. 弟妹 6. 兄弟 7. 祖父母 8. 曾祖父母 9. 孫 10. その他		
	⑦ 該当(認定)	被扶養者になった日 令和 年 月 日	⑧ 職業	1. 無職 2. パート 3. 年金受給者 4. 小・中学生以下 5. 高・大学生(年生) 6. その他 ()	⑨ 収入(年収)	⑩ 理由		
	⑪ 非該当(抹消)	被扶養者でなくなった日 令和 年 月 日	⑫ 理由	1. 死亡 2. 就職 3. 収入増加 4. 75歳到達 5. 障害認定 6. その他 ()	⑬ マイナンバーカード保持状況	1. 持っている 2. 持っていない	⑯ 資格確認証	<input type="checkbox"/> 発行が必要

C. その他の被扶養者欄 2	① 氏名	(フリガナ) 氏名 (氏名)	② 生年月日	昭・平・令 年 月 日 性別 1.男 2.女	④ 続柄	1. 子(続柄) 2. 1以外の子 3. 父母・養父母 4. 義父母 5. 弟妹 6. 兄弟 7. 祖父母 8. 曾祖父母 9. 孫 10. その他		
	⑦ 該当(認定)	被扶養者になった日 令和 年 月 日	⑧ 職業	1. 無職 2. パート 3. 年金受給者 4. 小・中学生以下 5. 高・大学生(年生) 6. その他 ()	⑨ 収入(年収)	⑩ 理由		
	⑪ 非該当(抹消)	被扶養者でなくなった日 令和 年 月 日	⑫ 理由	1. 死亡 2. 就職 3. 収入増加 4. 75歳到達 5. 障害認定 6. その他 ()	⑬ マイナンバーカード保持状況	1. 持っている 2. 持っていない	⑯ 資格確認証	<input type="checkbox"/> 発行が必要

C. その他の被扶養者欄 3	① 氏名	(フリガナ) 氏名 (氏名)	② 生年月日	昭・平・令 年 月 日 性別 1.男 2.女	④ 続柄	1. 子(続柄) 2. 1以外の子 3. 父母・養父母 4. 義父母 5. 弟妹 6. 兄弟 7. 祖父母 8. 曾祖父母 9. 孫 10. その他		
	⑦ 該当(認定)	被扶養者になった日 令和 年 月 日	⑧ 職業	1. 無職 2. パート 3. 年金受給者 4. 小・中学生以下 5. 高・大学生(年生) 6. その他 ()	⑨ 収入(年収)	⑩ 理由		
	⑪ 非該当(抹消)	被扶養者でなくなった日 令和 年 月 日	⑫ 理由	1. 死亡 2. 就職 3. 収入増加 4. 75歳到達 5. 障害認定 6. その他 ()	⑬ マイナンバーカード保持状況	1. 持っている 2. 持っていない	⑯ 資格確認証	<input type="checkbox"/> 発行が必要

C. その他の被扶養者欄 4	① 氏名	(フリガナ) 氏名 (氏名)	② 生年月日	昭・平・令 年 月 日 性別 1.男 2.女	④ 続柄	1. 子(続柄) 2. 1以外の子 3. 父母・養父母 4. 義父母 5. 弟妹 6. 兄弟 7. 祖父母 8. 曾祖父母 9. 孫 10. その他		
	⑦ 該当(認定)	被扶養者になった日 令和 年 月 日	⑧ 職業	1. 無職 2. パート 3. 年金受給者 4. 小・中学生以下 5. 高・大学生(年生) 6. その他 ()	⑨ 収入(年収)	⑩ 理由		
	⑪ 非該当(抹消)	被扶養者でなくなった日 令和 年 月 日	⑫ 理由	1. 死亡 2. 就職 3. 収入増加 4. 75歳到達 5. 障害認定 6. その他 ()	⑬ マイナンバーカード保持状況	1. 持っている 2. 持っていない	⑯ 資格確認証	<input type="checkbox"/> 発行が必要

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