

# 健康保険被扶養者(異動)届 及び 決定通知書

令和6年12月更新

令和 年 月 日 提出

事業主記入欄	事業所名称	事業主氏名
	事業所所在地	
	電話番号	
	<input type="checkbox"/> この届出については、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記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。	
事業主が確認した場合に○で囲んでください。	<input type="checkbox"/> 収入に関する証明の添付が省略されている者は、所得税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。	<input type="checkbox"/> 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。

社会保険労務士記入欄
------------

被保険者欄	被保険者等記号・番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女	標準報酬月額	千円	年収	円
	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	取得年月日	昭・平・令	年	月	日	住所	〒	-

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)	個人番号	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要 マイナ保険証保有の場合は原則発行不可
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女
	住民票住所	〒	-	1.同居 2.別居			
	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	被扶養者になった日 令和 年 月 日	職業 1.無職 4.小・中学生以下 2.パート 5.高・大学生( 年生) 3.年金受給者 6.その他( )	年収 円	備考 円		
<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.配偶者被保険者加入 4.出生 7.離婚 10.収入増加 13.雇用保険受給終了 2.就職 5.死亡 8.養子縁組 11.収入減少 14.その他 ( ) 3.離職 6.結婚 9.後期高齢者 12.雇用保険受給開始					

被扶養者欄2	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	個人番号	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要 マイナ保険証保有の場合は原則発行不可
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女
	住民票住所	〒	-	1.同居 2.別居			
	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	被扶養者になった日 令和 年 月 日	職業 1.無職 4.小・中学生以下 2.パート 5.高・大学生( 年生) 3.年金受給者 6.その他( )	年収 円	備考 円		
<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.配偶者被保険者加入 4.出生 7.離婚 10.収入増加 13.雇用保険受給終了 2.就職 5.死亡 8.養子縁組 11.収入減少 14.その他 ( ) 3.離職 6.結婚 9.後期高齢者 12.雇用保険受給開始					

被扶養者欄3	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	個人番号	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要 マイナ保険証保有の場合は原則発行不可
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女
	住民票住所	〒	-	1.同居 2.別居			
	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	被扶養者になった日 令和 年 月 日	職業 1.無職 4.小・中学生以下 2.パート 5.高・大学生( 年生) 3.年金受給者 6.その他( )	年収 円	備考 円		
<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.配偶者被保険者加入 4.出生 7.離婚 10.収入増加 13.雇用保険受給終了 2.就職 5.死亡 8.養子縁組 11.収入減少 14.その他 ( ) 3.離職 6.結婚 9.後期高齢者 12.雇用保険受給開始					

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。	配偶者の年収見込額	円
---	-----------	---

※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」はそれぞれ別の用紙で提出してください。

常務理事	事務長	担当者

確認印	受付日付印

上記のとおり(認定・削除)しましたのでご通知いたします

KOA健康保険組合 理事長

## 記入方法

### ○被保険者欄

- ・被保険者等記号・番号 : 資格取得時に払い出しされた被保険者等記号・番号をご記入ください。被保険者資格取得届と同時に提出する場合は記入不要です。
- ・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。
- ・標準報酬月額 : 被保険者の申請時の標準報酬月額をご記入ください。
- ・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。
- ・住所 : 住民票の住所をご記入ください。

### ○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 : 被保険者との続柄を「夫」、「妻」、「長男」、「長女」、「父」、「母」等と記入してください。
- ・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。
- ・住民票住所 : 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、住所欄に住民票の住所をご記入ください。住民票住所と居所が同じ場合は居所の記入は不要です。
- ・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。
- ・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。非課税対象の収入がある場合は、受取金額が確認できる書類のコピーを添付の上、「備考」欄に具体的な内容をご記入ください。
- ・理由 : 被扶養者となった理由を○で囲んでください。ただし、『被保険者資格取得届』と同時に提出する場合は記入不要です。
- ・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。
- ・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。
- ・配偶者の年収見込額 : 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見込額をご記入ください。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。
- ・資格確認書の発行要否 : 資格確認書の発行が必要な場合(※)は、「発行が必要」の口に✓を付してください。  
※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者、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者、利用登録解除を申請した者、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者

## 添付書類

○: 必ず提出 △: 状況に応じて提出

	配偶者	父・母等	18歳以上の子ども
扶養認定対象者状況届	○	○	
市町村発行 所得証明書(原本)	○	○	
現在の収入を確認できるもの	△	△	
退職日を確認できるもの	△	△	
雇用保険受給資格者証の写し	△	△	
対象者の配偶者の収入に関する証明書		○	
送金証明書(別居の場合)	○	○	○
在学証明書			○
続柄確認のための書類		△	

※その他状況に応じて、ほかの添付書類を求める場合があります。