

記入例

健康保険 被扶養者（異動）届 兼 現況表

<60歳以後の再雇用：扶養を継続する

注意事項

黒の油性ボールペンで記入ください。
※フリクションボールペン等消せる筆記具は不可

注) 個人番号（マイナンバー）は健保事務担当者が記入してください。

被 保 険 者 欄	被保険者証の 記号	15	被保険者証の 番号	432 <small>※枝番号記入不要</small>	生年月日	昭和 平成 令和	3	8	0	9	2	6	標準報酬 月額	千円 ※健保記入
	氏名 (フリガナ) (氏)	ゴタンダ 五反田		カズヤ 和也	資格取得 年月日	令和	0	5	1	0	0	1	給与以外の 年間収入	概算 0 万
	住所	〒225-0003 神奈川県横浜市青葉区新石川1-2-3												

被扶養者欄（退職時に認定を受けていた被扶養者で被保険者に扶養されている者）

申請対象者は以下の項目に該当する者です。
(✓の記入がない場合は収入要件等に該当することを確認し☑を入れる)

申請する被扶養者の収入状況
 対象者の収入状況

氏名	(フリガナ) (氏)	ゴタンダ 五反田	ケイコ 圭子	生年月日	昭和 平成 令和	3	9	1	1	2	2	性別	1.男 2.女
	個人番号 (マイナンバー)	× × × × × × × × × × × × × × × ×											
続柄	妻	職業	パート	扶養の事実 が生じた日	令和	0	5	1	0	備考欄			

健保組合記入欄 ▶ 被扶養者認定日 令和

個人番号（マイナンバー）は健保事務担当者が記入してください

現況表

1.被保険者との同居・別居等の状況について

同居
 別居【住所】〒 -
※住所が同じでも住民票を分けている場合（世帯分離）を含む

被保険者が単身赴任中
身赴任や子の就学の為に別居している場合は原則不要です。

2.今後1年間の収入見込みについて

各収入について、無しの場合は☐を入れ、有りの場合は金額を記入ください。

収入の種類	無	有	提出書類 ※該当者のみ	添付 チェック
給与（パート・アルバイト含む）	<input type="checkbox"/>	月額 50,000 円	給与明細書の写し（直近3カ月分）	<input checked="" type="checkbox"/>
年金	<input checked="" type="checkbox"/>	年額 円	年金振込通知書などの写し ※発行日が直近のもの	<input type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/>	年額 円	※今年度の「株主優待」は不要	<input type="checkbox"/>
傷病手当金・出産手当金・労災の休業補償	<input checked="" type="checkbox"/>	日額 円	支払額を証明	<input type="checkbox"/>
その他継続性のある収入 (内容：)	<input checked="" type="checkbox"/>	月額 円	収入額が分かる ※確定申告書	<input type="checkbox"/>
自営業収入	<input checked="" type="checkbox"/>	年額 円		<input type="checkbox"/>

【届出の注意事項】
*記入訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し訂正印を押印または欄外「訂正者氏名」にフルネームで署名してください。

この届出は、事業主経由で提出してください。

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

訂正者氏名：

令和 年 月 日 提出