

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	

常務理事	事務長	係員	係員

受付年月日

社会保険労務士記入欄
氏名等

被保険者等記号	被保険者等番号(右詰め)⇒	性別	男・女	年収	千円	個人番号	
氏名	(フリガナ) (氏) (名)	生年	昭・平・令	年	月	日	備考
住民票住所	※住民票住所は、番地等略さずに、住民票通りに記載すること。						
居所住所	※住民票と同じ場合は、同上で可。						

- (資格取得時) 私は、被扶養者はいないことをお届けします。
 私は、中越パルプ工業㈱を代理人と定め、被扶養者を含め療養付加金等の受領方を委任します。
 私は、下記の通り被扶養者の (該当 削除) を申請いたします。

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

氏名	(フリガナ) (氏) (名)	生年	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女	続柄	※妻、実父、長男等詳細記入。
①被保険者と同居ですか? 1.はい 2.いいえ ②被保険者と住民票住所は (<input type="checkbox"/> 同じ <input type="checkbox"/> 同じでない)、居所住所は (<input type="checkbox"/> 同じ <input type="checkbox"/> 同じでない)										
被保険者と同じでない住所を下記へ記入ください。										
住民票住所	※住民票住所は、番地等略さずに、住民票通りに記載すること。									
居所住所	※住民票と同じ場合は、同上で可。									
海外居住者又は海外から国内に入転した場合は右欄を記入してください。	海外特例要件	理由	1.国内転入(令和 年 月 日) 2.その他 ()			海外特例要件	理由	1.留学 3.特定活動 5.その他 2.同行家族 4.海外婚姻 ()		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	千円	理由	1.出生 4.同居 2.離職 5.その他 3.収入減 ()	
<input checked="" type="checkbox"/> 非該当	被扶養者でなくなった日	令和 年 月 日	理由	1.死亡 4.75歳到達 2.就職 5.障害認定 3.収入増加 6.その他 ()		備考		資格喪失証明書	<input type="checkbox"/> 発行が必要	

氏名	(フリガナ) (氏) (名)	生年	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女	続柄	※妻、実父、長男等詳細記入。
①被保険者と同居ですか? 1.はい 2.いいえ ②被保険者と住民票住所は (<input type="checkbox"/> 同じ <input type="checkbox"/> 同じでない)、居所住所は (<input type="checkbox"/> 同じ <input type="checkbox"/> 同じでない)										
被保険者と同じでない住所を下記へ記入ください。										
住民票住所	※住民票住所は、番地等略さずに、住民票通りに記載すること。									
居所住所	※住民票と同じ場合は、同上で可。									
海外居住者又は海外から国内に入転した場合は右欄を記入してください。	海外特例要件	理由	1.国内転入(令和 年 月 日) 2.その他 ()			海外特例要件	理由	1.留学 3.特定活動 5.その他 2.同行家族 4.海外婚姻 ()		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	千円	理由	1.出生 4.同居 2.離職 5.その他 3.収入減 ()	
<input checked="" type="checkbox"/> 非該当	被扶養者でなくなった日	令和 年 月 日	理由	1.死亡 4.75歳到達 2.就職 5.障害認定 3.収入増加 6.その他 ()		備考		資格喪失証明書	<input type="checkbox"/> 発行が必要	

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。
 ※被扶養者が3名以上の場合は、2枚目以降の被保険者欄は記号・番号・氏名のみ記入可。

削除用

() 枚目/ ()

健康保険被扶養者（異動）届

令和6年12月更新

令和 年 月 日 提出

この用紙は2枚目以降に使用するものです。

事業所所在地、事業所名称、事業主氏名、電話番号

社会保険労務士記入欄 氏名等

被保険者等記号、被保険者等番号(右詰め)、氏名(フリガナ)(氏)(名)、自署

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

被扶養者欄3: 氏名、生年月日、性別、年齢、職業、年収、理由、資格喪失証明書

被扶養者欄4: 氏名、生年月日、性別、年齢、職業、年収、理由、資格喪失証明書

被扶養者欄5: 氏名、生年月日、性別、年齢、職業、年収、理由、資格喪失証明書