

健康保険被扶養者(異動)届

Please refer to the separate sheet for information about filling out this form.

Example

常務理事	事務長	担当	係

被保険者証の記号・番号		被保険者氏名		生年月日	性別	資格取得日	※標準報酬月額	
記号 ① 1 2 3 4	番号 ② 2 3 4 5 6 7 8	(フリガナ) ヤマグチ	(氏) ③ 山口	(名) 太郎	昭和・平成 ④ 50年6月1日	⑤ 男	平成・令和 ⑥ 30年2月1日	千円
被保険者の住所 / 連絡先				被保険者の勤務する事業所名称		現在の被扶養者数	受理後の被扶養者数	
〒 ⑦ 754-0894 山口県山口市佐山〇〇-〇				⑧ 株式会社トリテイキング		⑨ 1人	⑩ 1人	

「長男」「長女」等、戸籍謄本上の内容でご記入下さい。

被扶養者に ⑪ 入れたい時	被扶養者の氏名	性別	生年月日	続柄	被扶養者の職業	月平均の 収入額	扶養の事実が発生した日付け をご記入下さい。	養開始した日 は削除となった日
増加 削除	(フリガナ) ヤマグチ (氏) ⑫ 山口	(名) ハナコ 花子	⑬ 昭和・平成・令和 ⑭ 52年10月1日	〇〇 妻 ⑮ 9999999999 ⑯ 16歳	⑰ 無職 ・パート又はアルバイト ・学生 / 学年 () ・その他 ()	⑱ 8万 円	⑲ 収入が減少した	⑳ 30年9月1日
住所	同居・別居	別居の場合 〒	個人番号をご記入下さい。 被扶養者になる方の個人番号が未記入の場合、備考欄に未記入の理由を「海外在住」などご記入下さい。		備考			

増加・ 削除	(フリガナ) (氏)	(名)	性別	生年月日	続柄	被扶養者の職業	月平均の 収入額	扶養の事実が発生した日付け をご記入下さい。
			女					
住所	同居・別居	別居の場合 〒	連絡先 (- -)		備考			

増加・ 削除	(フリガナ) (氏)	(名)	性別	生年月日	続柄	被扶養者の職業	月平均の 収入額	扶養の事実が発生した日付け をご記入下さい。
⑪ 削除	ヤマグチ	ハナコ	⑬ 男	⑭ 52年10月1日	〇〇 妻 ⑮ / / / / / / / / / /	⑰ 無職 ・パート又はアルバイト ・学生 / 学年 () ・その他 (正社員)	⑱ 12万 円	⑲ 収入が減少した
住所	同居・別居	別居の場合 〒	連絡先 (- -)		備考			

扶養から外れる場合は、個人番号の記載は不要です。

該当の理由に○印
削除日は、事実が発生した日をご記入下さい。
《例》
就 職：他の健保の資格を取得した日を記入
収入超過：事実が起こった日を記入
離 婚：離婚日を記入
死 亡：死亡日の翌日を記入
※ 記入した削除日から健康保険の資格がありませんので、FR健保の保険証は使用しないで下さい。

- 記載上の注意事項
- この届書は、被保険者が新たに被扶養者を増加(出生・婚姻)するとき、又は被保険者が、入社等により以前から被扶養者となっている方を継続して扶養している、被扶養者となっている方に異動(削除)理由が生じたときは、5日以内に必要事項を記入し事業主を経由して提出ください。
 - 続柄欄は、被保険者を基準に具体的にご記入ください。 ※記入例 「妻」、「長男」、「長女」、と戸籍謄本上の内容でご記入ください。
 - 職業欄は、該当する項目を○で囲んで()内に具体的な内容をご記入ください。また、学生で高校生以上の場合は学生証の写し又は、在学証明書を添付してください。 ※記入例 ・学生(高校二年) ・学生(大学一年)
 - 月平均の収入欄は、収入額を記入し、収入額がわかるものを添付してください。
※収入の無い方は、居住地の市区町村で「非課税証明書」を取り添付ください。
※パート収入のある方は、給与明細の写(3ヶ月程度)。年金収入のある方は、裁定通知書等の写。その他(不動産収入等)のある方は、確定申告書の居住地の市区町村で発行される「課税証明書」(収入額が103万円未満は非課税証明書)を添付してください。
 - 扶養の理由欄は、該当事項を○で囲み、その他の場合は、()内に具体的な内容をご記入ください。
 - 扶養者になる方の個人番号が未記入の場合、備考欄に未記入の理由を「海外在住」などと記入してください。
 - 扶養削除時は、個人番号の記入は不要です。

Information of Insured Person

- ① Health Insurance Card Symbol
- ② Health Insurance Card Number
- ③ Name (with katakana)
- ④ Birth Date
- ⑤ Gender : Male/Female
- ⑥ Insurance Status Acquisition Date
- ⑦ Address (with Zip Code) and Telephone Number
- ⑧ Business Entity Name where Insured Person works
- ⑨ Number of current Dependents
- ⑩ Number of Dependents after the Acceptance

Information of Dependents

- ⑪ Circle one
To add a Dependent: 増加 , To remove a Dependent: 削除
- ⑫ Name (with katakana)
- ⑬ Gender : Male/Female
- ⑭ Birth Date
- ⑮ Social Security and Tax Number
 - * If the Individual Number of the person who will become a dependent is not provided, please give the reason in “Note,” such as “Lives overseas.”
 - * The Individual Number does not need to be provided if the person will be removed as dependent.
- ⑯ Age
- ⑰ Relationship
 - * Please enter the relationship as stated in the Family Register, e.g., “Eldest son,” “Eldest daughter.”
- ⑱ Occupation
- ⑲ Earnings
- ⑳ Circle the applicable reason for change in relationship.
For the date of loss, enter the date that status changed.
Examples:
New Job: Enter the date when dependent became qualified for other health insurance.
Excessive Income: Enter the date that income exceeded limit.
Divorce: Enter the date of divorce.
Death: Enter the date for the day after death.
 - * Do not use the FR Health Insurance Organization insurance card from the date of dependent status loss, because the dependent will not be qualified.
- ㉑ Date of Acquisition or Loss of Dependent Status
 - * Please enter the date on which the person acquired dependent status.
- ㉒ Circle one
Living Together: 同居 , Living Separately: 別居