

記入例(加入)

健康保険被扶養者(異動)届

2枚目、3枚目表裏で印刷してください。

北洋銀行健康保険組合宛

①~③の本枠内をもちろん記入・押印して下さい。

- * 被扶養者に入る場合 ... 個人番号(マイナンバー)は必ず記入してください。
- * 被扶養者から外れる場合 ... 該当者の被保険者証を必ず添付願います。個人番号(マイナンバー)は記入不要です。
- * 届出住所が変更している場合 ... 届出住所が健保データと相違している場合は①事業主の確認のもと本届出を住所変更届とみなします。

令和 年 月 日 提出

① 事業主証明欄	事業所所在地	<p>【事業所社名判押印のこと】※職印・代表印不要</p> <p>所属住所・事業所名・所属部店名・所属部店長名(関連会社は社代表取締役社長名)のゴム印を押して下さい。 職印・代表印は不要です。 注)外部出向者・任意継続者は空欄で構いません</p>	健康保険組合記入欄	
	事業所名称		資格欄	
	事業主氏名(部店長名)		<p>健保組合使用欄</p>	

② 被保険者欄	被保険者証の記号	2000	被保険者証の番号	123456	生年月日	昭・平・令	年	月	日	月額	
	(フリガナ)	ホクヨウ	タロウ	取得年月日	昭和・平成	年	月	日	(健保組合記入)		
	(氏)	北洋	太郎	所属事業所	令和						
	氏名			所属部署名	株式会社 北洋銀行		〇〇〇〇支店				
	居住先の住所	〒 - -		TEL	-		-				

両方記入して下さい

保険証に記載の資格取得年月日

居住先の住所をご記入ください。

居住先の住所と同じ場合は 同上口 にチェックし住所の記入は不要です。

現在の住民票住所と同じ場合は 同上口 にチェックし住所の記入は不要です。

③ 被扶養者欄	番号	→日本国内に被扶養者の住民票がない場合に、裏面の番号欄に記入してください。											
	(フリガナ)	ホクヨウ	ハナコ	性別	生年月日	昭・平・令	年	月	日	年齢	続柄	長女	
	(氏)	北洋			西暦	年	月	日	歳				
	氏名			1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
	居住先の住所	〒 - -		個人番号(マイナンバー)必須 記入のない届出は受付できません									

両方記入して下さい

被保険者と同じ場合は 同上口 にチェックし住所の記入は不要です。

○長男・長女・母
×子供・親

被扶養者になった日	年	月	日	扶養理由	<input type="checkbox"/> 本人取得	<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 離職	<input type="checkbox"/> 結婚	<input type="checkbox"/> 失業給付終了
被扶養者でなくなった日	年	月	日	削除理由	<input type="checkbox"/> 収入減少	<input type="checkbox"/> 扶養変更	<input type="checkbox"/> 日本居住	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 失業給付開始
喪失後に加入の健康組合	社会保険・国保・共済・その他		資格喪失証明書	要	不要				

※被扶養者現住所と同じ場合は、「同上」欄にチェックし、都府県市町村の記載は不要です。

③ 被扶養者欄	番号	→日本国内に被扶養者の住民票がない場合に、裏面の番号欄に記入してください。										
	(フリガナ)	ホクヨウ	ハナコ	性別	生年月日	昭・平・令	年	月	日	年齢	続柄	
	(氏)	北洋			西暦	年	月	日	歳			
	氏名			加入申請のときは記入不要								
	居住先の住所	〒 - -		【出生の場合】出生した日 【離職の場合】離職日の翌日 【結婚の場合】入籍した日 【失業手当受給終了】支給終了日の翌日								

被扶養者になった日	年	月	日	扶養理由	<input type="checkbox"/> 本人取得	<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 離職	<input type="checkbox"/> 結婚	<input type="checkbox"/> 失業給付終了
被扶養者でなくなった日	年	月	日	削除理由	<input type="checkbox"/> 収入減少	<input type="checkbox"/> 扶養変更	<input type="checkbox"/> 日本居住	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 失業給付開始
喪失後に加入予定の健康組合	社会保険・国保・共済・その他		資格喪失証明書	要	不要				

※被扶養者現住所と同じ場合は、「同上」欄にチェックし、都府県市町村の記載は不要です。

日本国内に被扶養者の住民票がない場合、
被扶養者が以下いずれかの要件に該当するか確認いただき、該当する番号を表面の番号欄に記載してください。

番号	要件	添付書類
①	外国において留学をする学生	査証、学生証、在学証明書入学証明書等の写し
②	外国に赴任する被保険者に同行する者 【具体例】 家族帯同ビザが発行されるもの	査証、海外赴任辞令、海外の公的機関が発行する居住証明書等の写し
③	観光、保養又はボランティア活動その他就労以外の目的で一時的に海外に渡航する者 【具体例】 ワーキングホリデー制度を利用して渡航するもの、外国において留学する学生に同行する家族等、原則としてビザに有効期限があるもの	査証、ボランティア派遣機関の証明、ボランティアの参加同意書等の写し
④	被保険者が外国に赴任している間に当該被保険者との身分関係が生じた者であって、②と同等と認められるもの 【具体例】 ・海外赴任中に生まれた被保険者の子供 ・海外赴任中に現地で結婚した配偶者 ・海外赴任中に縁組を結んだ特別養子	出生や婚姻等を証明する書類等の写し
⑤	①から④までに掲げるもののほか、渡航目的その他の事情を考慮して日本国内に生活の基礎があると認められる者 【具体例】 留学等の理由で渡航する被扶養者の海外在住中に生まれた子供等	出生や婚姻等を証明する書類等の写し等

*書類が外国語で作成されたものであるときは、その書類に翻訳者の署名がされた日本語の翻訳文の添付が必要となります

番号: ⇒日本国内に被扶養者の住民票がない場合に、裏面の要件を確認して該当する番号を左の番号欄に記入してください。

氏名	(フリガナ)	(名)	性別	生年月日	昭・平・令	年	月	日	年齢	続柄
	(氏)	(名)	男 女	個人 番号	西暦	年			歳	
③被扶養者欄	居住先の住所	〒 - TEL(-)								
	住民票の住所	〒 -								
	直近1月1日の住所	〒 -								
	被扶養者になった日	年 月 日	扶養理由	<input type="checkbox"/> 本人取得	<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 離職	<input type="checkbox"/> 結婚	<input type="checkbox"/> 失業給付終了	※被扶養者現住所と同じ場合は、「同上」欄にチェックし、都府県市町村の記載は不要です。	
	被扶養者でなくなった日	年 月 日	削除理由	<input type="checkbox"/> 収入減少	<input type="checkbox"/> 扶養変更	<input type="checkbox"/> 日本居住	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 失業給付開始		
	喪失後に加入予定の健康組合	社会保険・国保・共済・その他		資格喪失証明書	要	不要				

番号: ⇒日本国内に被扶養者の住民票がない場合に、裏面の要件を確認して該当する番号を左の番号欄に記入してください。

氏名	(フリガナ)	(名)	性別	生年月日	昭・平・令	年	月	日	年齢	続柄
	(氏)	(名)	男 女	個人 番号	西暦	年			歳	
③被扶養者欄	居住先の住所	〒 - TEL(-)								
	住民票の住所	〒 -								
	直近1月1日の住所	〒 -								
	被扶養者になった日	年 月 日	扶養理由	<input type="checkbox"/> 本人取得	<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 離職	<input type="checkbox"/> 結婚	<input type="checkbox"/> 失業給付終了	※被扶養者現住所と同じ場合は、「同上」欄にチェックし、都府県市町村の記載は不要です。	
	被扶養者でなくなった日	年 月 日	削除理由	<input type="checkbox"/> 収入減少	<input type="checkbox"/> 扶養変更	<input type="checkbox"/> 日本居住	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 失業給付開始		
	喪失後に加入予定の健康組合	社会保険・国保・共済・その他		資格喪失証明書	要	不要				

番号: ⇒日本国内に被扶養者の住民票がない場合に、裏面の要件を確認して該当する番号を左の番号欄に記入してください。

氏名	(フリガナ)	(名)	性別	生年月日	昭・平・令	年	月	日	年齢	続柄
	(氏)	(名)	男 女	個人 番号	西暦	年			歳	
③被扶養者欄	居住先の住所	〒 - TEL(-)								
	住民票の住所	〒 -								
	直近1月1日の住所	〒 -								
	被扶養者になった日	年 月 日	扶養理由	<input type="checkbox"/> 本人取得	<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 離職	<input type="checkbox"/> 結婚	<input type="checkbox"/> 失業給付終了	※被扶養者現住所と同じ場合は、「同上」欄にチェックし、都府県市町村の記載は不要です。	
	被扶養者でなくなった日	年 月 日	削除理由	<input type="checkbox"/> 収入減少	<input type="checkbox"/> 扶養変更	<input type="checkbox"/> 日本居住	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 失業給付開始		
	喪失後に加入予定の健康組合	社会保険・国保・共済・その他		資格喪失証明書	要	不要				

番号: ⇒日本国内に被扶養者の住民票がない場合に、裏面の要件を確認して該当する番号を左の番号欄に記入してください。

氏名	(フリガナ)	(名)	性別	生年月日	昭・平・令	年	月	日	年齢	続柄
	(氏)	(名)	男 女	個人 番号	西暦	年			歳	
③被扶養者欄	居住先の住所	〒 - TEL(-)								
	住民票の住所	〒 -								
	直近1月1日の住所	〒 -								
	被扶養者になった日	年 月 日	扶養理由	<input type="checkbox"/> 本人取得	<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 離職	<input type="checkbox"/> 結婚	<input type="checkbox"/> 失業給付終了	※被扶養者現住所と同じ場合は、「同上」欄にチェックし、都府県市町村の記載は不要です。	
	被扶養者でなくなった日	年 月 日	削除理由	<input type="checkbox"/> 収入減少	<input type="checkbox"/> 扶養変更	<input type="checkbox"/> 日本居住	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 失業給付開始		
	喪失後に加入予定の健康組合	社会保険・国保・共済・その他		資格喪失証明書	要	不要				