

記入例(脱退)

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	【事業所社名判押印のこと】※職印・代表印不要 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	健康保険組合記入欄	
	事業所名称		資格	日
	事業主氏名(部店長名)		健保組合使用欄	

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)	千円	
	(氏)	北洋	太郎	所属事業所	㈱北洋銀行						
	氏名			所属部署名	〇〇〇〇支店						
	居住先の住所	居住先の住所をご記入ください。									
住民票の住所	居住先の住所と同じ場合は 同上□ にチェックし住所の記入は不要です。										
直近1月1日の住所	現在の住民票住所と同じ場合は 同上□ 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	花子	男	西暦	年	月	日	歳	続柄	長女	
	氏名			個人番号	《脱退の場合不要》							
	居住先の住所	被保険者と同じ場合は 同上□ にチェックし住所の記入は不要です。										
住民票の住所	被保険者と同じ場合は 同上□ にチェックし住所の記入は不要です。											
直近1月1日の住所	被保険者と同じ場合は 同上□ にチェックし住所の記入は不要です。											
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"/> 社保加入	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 就職	<input type="checkbox"/> 離婚	<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							

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、裏面の要件を確認して該当する番号欄に記入してください。										
	(フリガナ)			生年月日							続柄	
	(氏)			個人番号							歳	
	居住先の住所	扶養から外れた後に加入する予定の健保組合に○										
	加入日	国保に加入する等で、当健保から脱退した証明が必要な場合は要に○										
加入理由	【就職の場合】 就職した日(資格取得日) 【離婚の場合】 離婚した日 【死亡の場合】 死亡した日の翌日 【社会保険加入】 社会保険に加入した日 【失業手当受給開始】 認定(支給)期間の初日 【収入基準額の超過】 基準額を超えた月の翌月1日											
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							

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"/> 退職	<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"/> 退職	<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"/> 退職	<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"/> 退職	<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				