



ユニマツ健康保険組合 健康保険被扶養者(異動)届

常務理事	事務長			係員

被保険者欄	被保険者証	記号	番号	所属部署名	報酬標準額	千円	年収	円					
	氏名	(カナ) 氏名	取得年月日	平・令	年	月	日	昭・平	年	月	日	性別	男・女
	住所	〒 都道府県											
	配偶者の有無	有	無	被扶養者でない配偶者がいる場合、その方の年間収入を右記にご記入ください。							配偶者の年間収入	円	

配偶者を被扶養者に追加する場合は「該当」に、被扶養者からのぞく場合は「非該当」に○をつけてご記入ください。

配偶者である被扶養者欄	氏名	(カナ) 氏名	生年月日	昭平令	年	月	日	マイナンバー	性別	男	女	職業	1. 無職 2. 学生 3. パート・アルバイト 4. その他	年収	円
	被扶養者になった日	令和	年	月	日	該当	該理由	1. 被保険者の就職 2. 婚姻 3. 離職 4. 収入減少 5. その他(備考へ)	職業	1. 無職 2. 学生 3. パート・アルバイト 4. その他	年収	円			
	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	非該当	非該理由	1. 就職 (令和 年 月 日) 2. 死亡 (令和 年 月 日) 3. 離婚 4. 収入増加	給付金等の受給状況	1. 雇用保険の失業等給付 2. 健康保険の出産手当金 3. 健康保険の傷病手当金	4. 給付金等の受給なし 5. その他	円			
	備考	住所 1. 同上 2. 別居→													

配偶者以外の方を被扶養者に追加する場合は「該当」に、被扶養者からのぞく場合は「非該当」に○をつけてご記入ください。

その他の被扶養者欄1	氏名	(カナ) 氏名	生年月日	昭平令	年	月	日	マイナンバー	性別	男	女	職業	1. 無職 2. パート・アルバイト 3. 小・中学生以下 / 乳幼児 4. 高・専・大学生 (年生)	年収	円
	被扶養者になった日	令和	年	月	日	該当	該理由	1. 出生 2. 婚姻 3. 同居 4. 養子縁組 5. 被保険者の就職 6. 収入減少 7. その他	続柄	1. 子 (長男・二男・三男・長女・二女・三女) 2. 養子 3. 父母 4. 義父母 5. 弟妹 6. 兄姉 7. 祖父母 8. 夫の子 9. 妻の子 10. その他	居所	同居 別居	備考		
	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	非該当	非該理由	1. 就職 (令和 年 月 日) 2. 死亡 (令和 年 月 日) 3. 離婚 4. 収入増加 5. 75歳到達 6. その他	居所	同居 別居	備考				

その他の被扶養者欄2

その他の被扶養者欄2	氏名	(カナ) 氏名	生年月日	昭平令	年	月	日	マイナンバー	性別	男	女	職業	1. 無職 2. パート・アルバイト 3. 小・中学生以下 / 乳幼児 4. 高・専・大学生 (年生)	年収	円
	被扶養者になった日	令和	年	月	日	該当	該理由	1. 出生 2. 婚姻 3. 同居 4. 養子縁組 5. 被保険者の就職 6. 収入減少 7. その他	続柄	1. 子 (長男・二男・三男・長女・二女・三女) 2. 養子 3. 父母 4. 義父母 5. 弟妹 6. 兄姉 7. 祖父母 8. 夫の子 9. 妻の子 10. その他	居所	同居 別居	備考		
	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	非該当	非該理由	1. 就職 (令和 年 月 日) 2. 死亡 (令和 年 月 日) 3. 離婚 4. 収入増加 5. 75歳到達 6. その他	居所	同居 別居	備考				

その他の被扶養者欄3

その他の被扶養者欄3	氏名	(カナ) 氏名	生年月日	昭平令	年	月	日	マイナンバー	性別	男	女	職業	1. 無職 2. パート・アルバイト 3. 小・中学生以下 / 乳幼児 4. 高・専・大学生 (年生)	年収	円
	被扶養者になった日	令和	年	月	日	該当	該理由	1. 出生 2. 婚姻 3. 同居 4. 養子縁組 5. 被保険者の就職 6. 収入減少 7. その他	続柄	1. 子 (長男・二男・三男・長女・二女・三女) 2. 養子 3. 父母 4. 義父母 5. 弟妹 6. 兄姉 7. 祖父母 8. 夫の子 9. 妻の子 10. その他	居所	同居 別居	備考		
	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	非該当	非該理由	1. 就職 (令和 年 月 日) 2. 死亡 (令和 年 月 日) 3. 離婚 4. 収入増加 5. 75歳到達 6. その他	居所	同居 別居	備考				

事業主確認欄	事業主が確認したことを右記それぞれに回してください。	<input type="checkbox"/> 上記届出に相違ないことを確認しました。 <input type="checkbox"/> 所得税法上の控除対象配偶者・扶養親族であることを確認しました。 <input type="checkbox"/> 個人番号に誤りがないことを確認しました。	事業主受付日	令和	年	月	日	担当印
--------	----------------------------	---	--------	----	---	---	---	-----

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

ユニマツ健康保険組合 理事長 殿 (R4.4)

受付印