



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	記号	67	番号	1234	所属部署名	〇〇〇営業所	酬標準額	300	千円	年収	420万	円						
	被保険者証	(カナ) アヤマ	クワ		取得年月日	平令	年	月	日	生年月日	昭平	年	月	日	性別	男・女		
	氏名	氏	青山	名	太郎		2	8	1	2	0	1	4	2	1	0	2	4
	住所	〒	107 - 0062	東京	都道府県	港区南青山2-19-1	〇〇〇マンション1234号											
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	84万	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	(方)	氏	名	生年月日	昭平令	年	月	日	マイナンバー	続柄	1.夫	2.妻	3.見届の夫	4.見届の妻	届出	令和	年	月	日
	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.その他一備考へ	職業	1.無職 2.学生	3.パート・アルバイト 4.その他()	年収	(年金等も含む)	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	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	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()								
	備考									住所	1.同上	2.別居→								

配偶者以外の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。

その他の被扶養者欄1	氏名	(方)	氏	名	アヤマ	ハナコ	生年月日	昭平令	25	年	6	月	13	日	性別	男	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)	5.その他	年収	(年金等も含む)	50万	円
	被扶養者になった日	令和	〇〇	0	4	0	1	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.兄弟 7.祖父母	8.夫の子 9.妻の子	10.その他						
	被扶養者でなくなった日	令和						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	1.就職(令和 年 月 日) 2.死亡(令和 年 月 日) 3.離婚 4.収入増加	居所	同居	備考	再婚の為								
	備考																						

その他の被扶養者欄2	氏名	(方)	氏	名			生年月日	昭平令		年		月		日	性別	男	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)	5.その他	年収	(年金等も含む)		円
	被扶養者になった日	令和						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.兄弟 7.祖父母	8.夫の子 9.妻の子	10.その他						
	被扶養者でなくなった日	令和						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	1.就職(令和 年 月 日) 2.死亡(令和 年 月 日) 3.離婚 4.収入増加	居所	同居	備考									
	備考																						

その他の被扶養者欄3	氏名	(方)	氏	名			生年月日	昭平令		年		月		日	性別	男	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)	5.その他	年収	(年金等も含む)		円
	被扶養者になった日	令和						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.兄弟 7.祖父母	8.夫の子 9.妻の子	10.その他						
	被扶養者でなくなった日	令和						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	1.就職(令和 年 月 日) 2.死亡(令和 年 月 日) 3.離婚 4.収入増加	居所	同居	備考									
	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印してください。	<input checked="" type="checkbox"/> 上記届出に相違ないことを確認しました。	<input checked="" 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 checked="" 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	〇〇	0	4	0	7	担当印	佐藤 人
--------	----------------------------	---	---	--	--------	----	----	---	---	---	---	-----	------

事業所在地	〒 107-0062 東京都港区南青山2-12-14	ユニマツ健康保険組合 理事長 殿 (R4.4)
事業名称	株式会社 ユニマツ 〇〇〇	受 付 印
事業主氏名	代表取締役 △△△×××	
電話番号	03-××××-〇〇〇〇	