正

ユニマット健康保険組合

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	標準報酬月額	年収
67	1234	○○○営業所	300 千円	420万 円

氏名		取得年月日	生年月日	性別
(カナ) アオヤマ / 氏 青山	(カナ) タロウ / 名 太郎	(平)・令 年 2 8 月 1 2 日	(昭)・平 年 4 2 月 1 0 日	(男)・女

住所　住民票住所 〒 107 - 0062　東京都港区南青山2－19－1　○○○マンション1234号

住民票住所と同じ場合は"同上"と記載してください。
居住所 〒 -　同上

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	生年月日	続柄	届出
(カナ) / 名	昭 平 令 年 月 日 / マイナンバー	1.夫 2.妻 3.見届の夫 4.見届の妻	令和 年 月 日

被扶養者になった日	該当理由	職業	年収
令和 年 月 日 (該当)	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	1.無職 2.学生 3.パート・アルバイト 4.その他( )	(年金等も含む) 円

被扶養者でなくなった日	非該当理由	給付金等の受給状況
令和 年 月 日 (非該当)	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. その他 →備考へ	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( )

住所　(同居) 住民票住所 〒 -
(別居) 住民票住所と同じ場合は"同上"と記載してください。 居住所 〒 -

備考　資格確認書発行要否　1. 発行が必要　2. 発行不要

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	生年月日	性別	職業	年収
(カナ) アオヤマ / 氏 青山 / (カナ) サクラコ / 名 桜子	昭(平)令 10 年 6 月 13 日 / マイナンバー	男 (女)	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） (5. その他)	(年金含む) 50万 円

被扶養者になった日	該当理由	続柄
令和 ○○ 年 0 4 月 0 1 日 (該当)	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→備考へ)	1. 子（長男・二男・三男・四男・長女・(二女)・三女・四女） 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

被扶養者でなくなった日	非該当理由	備考
令和 年 月 日 (非該当)	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→備考へ	（養育費がある方 毎月 円） 再婚の為

住所　(同居) 住民票住所 〒 -
(別居) 住民票住所と同じ場合は"同上"と記載してください。 居住所 〒 -

資格確認書発行要否　(1. 発行が必要)　2. 発行不要

氏名変更があった場合

その他の被扶養者欄2

氏名	生年月日	性別	職業	年収
(カナ) / 氏 / 名	昭 平 令 年 月 日 / マイナンバー	男 女	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） 5. その他	(年金等も含む) 円

被扶養者になった日	該当理由	続柄
令和 年 月 日 (該当)	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→備考へ	1. 子（長男・二男・三男・四男・長女・二女・三女・四女） 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

被扶養者でなくなった日	非該当理由	備考
令和 年 月 日 (非該当)	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→備考へ	（養育費がある方 毎月 円）

住所　(同居) 住民票住所 〒 -
(別居) 住民票住所と同じ場合は"同上"と記載してください。 居住所 〒 -

資格確認書発行要否　1. 発行が必要　2. 発行不要

事業主確認欄		事業主受付日	担当者
事業主が確認したことを右記それぞれに☑してください。	☑ 上記届出に相違ないことを確認しました。 ☑ 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。 ☑ 個人番号に誤りがないことを確認しました。	令和 ○○ 年 0 4 月 0 7 日	人事部 佐藤

人事課記入欄

事業所所在地　〒 107-0062 東京都港区南青山2－12－14
事業所名称　株式会社 ユニマット○○○
事業主氏名　代表取締役 △△△×××
電話番号　03-××××-○○○○

ユニマット健康保険組合 理事長 殿

（R6.12

受付印