

扶

被保険者情報	被保険者	記号（左づめ） 	番号（左づめ） 	生年月日 1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月 日	
	氏名 （カタカナ）				
	氏名				
	郵便番号 （ハイフン除く）		電話番号 （左づめハイフン除く）		
	住所	(都)道 (府)県			

被扶養者情報	手続きの内容をご記入ください	☐ 1. 扶養の追加 ☐ 2. 扶養の解除	
	氏名 (カタカナ)		
	氏名		
	生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和	年 月 日

扶養の追加 〒	続柄	職業	収入（年間）	同居・別居の別	仕送額（年間）	仕送回数（年間）
	 1.配偶者 2.配偶者(未婚) 3.実子・養子 4.3以外の子 5.父母・養父母 6.義父母 7.兄弟姉妹 8.祖父 9.曾祖父 10.孫 11.その他()	 1.無職 2.パート・アルバイト 3.年金受給者 4.中学生以下 5.高・大学生 6.その他()	 1.収入なし 2.130万円未満 3.130万～180万円未満 4.180万円以上	1.同居 2.別居 → に記入	2の場合 万円	回
	被扶養者になった日	被扶養者になった理由	マイナンバー			海外在住の場合はその理由
	令和 年 月 日	 1.出生 2.婚姻 3.退職 4.その他()				 1.留学 2.同行家族 3.特定活動 4.海外婚姻等 5.その他()
	住所（被保険者と同居の場合は記入不要です。海外在住の方は国名のみご記入ください。）					
		(都道府県)				
	備考					

扶養の解除	被保険者の氏名	被扶養者でなくなった日		被扶養者でなくなった理由		備考
		年 月 日	1. 就職・収入増加...2. 死亡 3. 後期高齢者医療（75歳到達） 4. 後期高齢者医療（障害認定） 5. その他（ ）	「3・4」の場合に記入 お住まいの都道府県名		

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。
(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

社会保険労務士の
提出代行者名記入欄

以下は、健保使用欄のため、記入しないでください。

確認 (被保険者)	☐	1. 記入有 (添付あり) 2. 記入有 (添付なし) 3. 記入無 (添付あり)	同時申請	☐	1. 限度額	☐	1. 減額認定	☐	1. 特定疾病	
添付書類	続柄		収入		同居	☐	1. 同居 2. 別居 3. 不備	仕送額		被保険者証 (枝番)
			その他	☐	1. その他 2. 処理票			(理由)	枚数	

受付日付印

(2024.04)