

# 被扶養者(異動)届

常務理事	事務長		担当

データ		/		保険証		/									
被保険者の記号・番号				被保険者氏名				被保険者住所							
記号		番号		(氏)		(名)		〒							
生年月日		資格取得年月日		標準報酬月額		備考									
年 年 月 日		年 年 月 日		(健保で記入)											
S		S		千円											
H		H													
R		R													
対象者の氏名 (名前には必ずフリガナも記入)				生年月日		性別	続	認定される日		除かれる日		居住状況		上段：マイナンバー(新規加入時のみ) 下段：届出をする理由	
				年 年 月 日		別	コード	年 月 日		年 月 日		同居 別居			
				S								同居		別居	
				H								同居		別居	
				R								同居		別居	
				S								同居		別居	
				H								同居		別居	
				R								同居		別居	
				S								同居		別居	
				H								同居		別居	
				R								同居		別居	

続柄 妻20、父11、母12、祖父13、祖母14、義父56、義母66、コード<sup>\*</sup>の指定が無い者99  
 コード 長男31、次男32、三男33、長女41、次女42、三女43

- 注 被扶養者に異動があったとき健康保険証を添え、5日以内に事業主経由で提出してください。  
 意 認定される日または除かれる日どちらかに記入する(記入された日そのまま認められとは限りません)  
 事 認定される者で高校生以下は現況届の添付は必要ありません。  
 除かれる時は就職(新しい保険証写を添付すること)・収入オーバー・離婚・死亡など記入してください。  
 項 被扶養者の名前には**必ずフリガナ**を記入してください。

令和 年 月 日

NDS健康保険組合理事長 殿

事業所所在地  
 事業所名  
 事業主名

受付日付印

# 被 扶 養 者 現 況 届

被保険者の記号・番号	—	被保険者氏名					令和	年	月	日	提出	
1. 被扶養者として申請する人	ふりがな					続柄		S H R	年	月	日	生
2. 扶養を申請する理由(詳しく記入)						9. 遺族年金, 軍人恩給等の非課税対象年金の受給		有 無 有る場合 年額 円				
3. 給与所得の扶養控除申請	有 無 (申請しない理由を記入する) ( )					10. 別居の場合は毎月の送金額(手渡しは不可) 月額 円						
離職の場合	4. 離職先	会社名 所在地 電話番号					11. 申請する人の生計を負担している場合はその内訳 月額 円					
	5. 離職年月日 離職理由	年 月 日 退職 理由 ( )					12. 他の方と共同で生計費を負担している場合はその内訳 あなたの負担額 円 他の方の負担額 円					
6. 傷病手当金 失業給付金 休業補償費等	有 (予定) 無 受給期間 月 日 ~ 月 日 受給金額 円 (日額・月額)					13. 雇用保険加入であった者が失業給付を受けない場合の理由(詳しく)						
7. 給与・利子・貸家・副業等収入合計	有 無 有る場合 年額・月額 円					14. 他に申請する人を扶養する強い義務関係にある親族の方 氏 名 続柄 年収 住所						
8. 課税対象年金の受給	有 無 有る場合 年額 円											

NDS健康保険組合理事長 殿

事業所所在地  
事業所名  
事業主名