

被扶養者(異動)届

常務理事	事務長		担当

データ	/	証・知	/	高齢者	/				
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)	印	〒				
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 コード	認定される日 年 月 日	除かれる日 年 月 日	居住状況 (どちらかに○)	上段：マイナンバー(新規加入時のみ) 下段：届出をする理由
		S						同居	別居
		H						別居の場合は備考欄に住所を記入①	
		R							
		S						同居	別居
		H						別居の場合は備考欄に住所を記入②	
		R							
		S						同居	別居
		H						別居の場合は備考欄に住所を記入③	
		R							

続柄 妻20、父11、母12、祖父13、祖母14、義父56、義母66、コード^{*}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

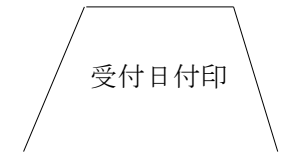
- 注 被扶養者に異動があったときは、5日以内に事業主経由で提出してください。
- 意 認定される日または除かれる日どちらかに記入する(記入された日そのまま認められとは限りません)
- 事 除かれる時は就職(資格取得日のわかる書類を添付すること)・収入オーバー・離婚・死亡など記入してください。
- 項 被扶養者の名前には必ずフリガナを記入してください。
- 項 外国籍の方は、アルファベットで申請してください。

令和 年 月 日

ND S健康保険組合理事長 殿

事業所所在地
事業所名
事業主名

印



被 扶 養 者 現 況 届

被保険者の記号・番号	—	被保険者氏名	印	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	受給 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

印