

# 「被扶養者（異動）届」（再雇用・事業所間異動）記入例

太枠内は漏れなくご記入ください。

被保険者等の「記号」「番号」

子・父ではなく、長男・次女・実父・義母など詳しく記入

別居の場合は住所と、ひと月の送金金額を記入

**【※要確認】**  
マイナンバーカード未取得、またはマイナ保険証の紐づけ未対応の場合は✓してください

どちらかに○を記入

異動日を記入

被扶養者(異動)届 (再雇用・事業所間異動)

太枠内をご記入ください

事業所名	XXXXXXXXXX		所属	XXXXXXXXXX		健康使用権	事業所健康担当者
被保険者等	被保険者氏名		性別	生年月日	現住所		
記号	番号	XXX XXXXX		男 女	昭和 平成	X X X X X X	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
被扶養者氏名	性別	続柄	被扶養者の生年月日	同居 別居の区分 ※2	別居の場合は住所 ※3	別居の場合ひと月の送金金額 ※4	異動年月日
XXX YYYYY	男 女	XX	昭和 平成 令和	同居 別居		円	令和
職業 ※5	収入の有無	有・無	収入の種類・金額 ※6				円
XXXXXX	有	無					円
職業 ※5	収入の有無	有・無	収入の種類・金額 ※6				円
							円
職業 ※5	収入の有無	有・無	収入の種類・金額 ※6				円
							円
(子を扶養する場合)							
配偶者を健康保険上扶養していない場合で、夫婦共働きであれば配偶者の年間収入をご記入ください。(総支給額 円)							
※夫婦共働きの子の健康扶養については、原則として収入の多い方がまとめて扶養する必要があるため							
事業主記入欄	※事業主(会社)記入欄のため記入不要						

継続して扶養する人を記入

異動日以降の収入について記入(年金も含む)

収入のある方は次ページをご確認のうえ、収入の種類と、年間収入額を記入

受付印

## 《注意事項》

添付書類は不要です。  
未記入、誤記入がないようご確認のうえ、ご提出ください。