

健康保険 被扶養者（異動）届（増加）

常務理事	事務長		担当

被保険者証の記号番号	210-1234	フリガナ	ケンポ タロウ		性別	男	資格取得年月日	令和 年 月 日
社員番号	△△△▲▲○○○	被保険者氏名と印	健保 太郎		生年月日	昭和 平成 5 0 1 0 1 1	標準報酬月額	千円
被保険者住所	〒 151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷〇-〇-〇				電話	090 (1234) 5678		

扶養の追加には、認定対象者の年齢・状況に応じて別途添付書類が必要となります。添付書類は、「被扶養者認定に必要な提出書類一覧」にてご確認ください。

※理由(例)

- ・収入減少のため
- ・退職のため
- ・出生のため
- ・婚姻のため
- ・雇用保険受給終了のため

異動の別	被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	職業又は学年	年間予定収入(税込額)	世帯	別居の場合は住所記入	扶養をし始めた
増加	フリガナ ケンポ (氏) 健保 ハナコ (名) 花子	昭和 平成 令和 5 5 1 2 2 2	男 女	妻	パート	800,000	同居 別居	〒 神奈川県 横浜市	令和 年 月 日 0 1 0 5 0 1 理由 収入減少のため
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3	住民票住所 被保険者と同じ場合は記入不要		都道府県 市区町村	1月1日時点の住所 現在と同じ場合は記入不要		神奈川県 横浜市	

「年間予定収入(税込額)」は、パート・アルバイトなど収入の見込みがある方は、記入してください。

異動の別	被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	職業又は学年	年間予定収入(税込額)	世帯	別居の場合は住所記入	扶養をし始めた
増加	フリガナ ケンポ (氏) 健保 ケンタロウ (名) 健太郎	昭和 平成 令和 3 2 0 9 2 5	男 女	父	無職	0	同居 別居	〒 560-0001 大阪府豊中市〇町〇-〇-〇 〇〇ハイツ302	令和 年 月 日 0 1 0 4 0 1 理由 退職のため
	個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 2 3 4	住民票住所 被保険者と同じ場合は記入不要		都道府県 市区町村	1月1日時点の住所 現在と同じ場合は記入不要		大阪府 豊中市	

退職後扶養に追加される場合、退職前の収入の記載は、必要ありません。

異動の別	被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	職業又は学年	年間予定収入(税込額)	世帯	別居の場合は住所記入	扶養をし始めた
増加	フリガナ ケンポ (氏) 健保 ケンタ (名) 健太	昭和 平成 令和 0 1 0 6 0 7	男 女	長男	無職	0	同居 別居	〒	令和 年 月 日 0 1 0 6 0 7 理由 出生のため
	個人番号		住民票住所 被保険者と同じ場合は記入不要		都道府県 市区町村	1月1日時点の住所 現在と同じ場合は記入不要		都道府県 市区町村	

出生による届出①
出生直後でマイナンバー情報が不明の場合は、未記入で構いません。

異動の別	被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	職業又は学年	年間予定収入(税込額)	世帯	別居の場合は住所記入	扶養をし始めた
増加	フリガナ ケンポ (氏) 健保 ケンタ (名) 健太	昭和 平成 令和 0 1 0 6 0 7	男 女	長男	無職	0	同居 別居	〒	令和 年 月 日 0 1 0 6 0 7 理由 マイナンバー届出
	個人番号	4 5 6 7 8 9 4 5 6 7 8 9	住民票住所 被保険者と同じ場合は記入不要		都道府県 市区町村	1月1日時点の住所 現在と同じ場合は記入不要		都道府県 市区町村	

出生による届出②
マイナンバーが通知されましたら、理由欄を「マイナンバー届出」として必ずご提出下さい。

事業主の確認

事業所所在地 〒160-8366 東京都新宿区西新宿6丁目24番1号 西新宿三井ビル

事業所名称 日本テキサス・インスツルメンツ合同会社

事業主氏名 コントローラー シャノン・ジョンソン

電話 03(4331)2000

◎被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。
被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。 令和 年 月 日提出

社会保険労務士の提出代行印

受付日付印