

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)	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)														
T			S			千円														
S			H																	
対象者の氏名 (名前には必ずフリガナも記入)				生年月日			性	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)			
				年 年 月 日			別	コード	年 月 日			年 月 日			(どちらかに)		下段：届出をする理由			
				T										同居	別居					
				S												別居の場合は備考欄に住所を記入				
				H																
				T										同居	別居					
				S												別居の場合は備考欄に住所を記入				
				H																
				T										同居	別居					
				S												別居の場合は備考欄に住所を記入				
				H																

続柄 妻01、父11、母15、祖父13、祖母17、義父71、義母81、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・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。

平成 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

印

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	印	平成 年 月 日 提出			
1. 被扶養者として 申請する人	ふりがな			続柄	M T S H	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 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 } 受給 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

印