

事業主記入欄

|                                     |                                                           |   |   |   |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---|---|---|
| 事業所番 号                              | ○                                                         | ○ | ○ | ○ |
| 事業所所在地                              | 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇<br>東京都〇〇区〇〇<br>〇-〇-〇                         |   |   |   |
| 事業所名 称                              | 株式会社 〇〇〇                                                  |   |   |   |
| 事業主氏 名                              | 代表取締役 〇〇 〇〇                                               |   |   |   |
| 電話番号                                | 〇〇    -    〇〇〇〇    -    〇〇〇〇                              |   |   |   |
|                                     | この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。                              |   |   |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> | ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。<br>②記載内容について誤りがないことを申請者本人が確認している。 |   |   |   |

ローマ字訂正届

|            |     |
|------------|-----|
| 社会保険労務士記載欄 | 受付印 |
| 氏 名 等      |     |

|            |                  |                                                  |         |                                     |   |   |           |                      |                                                  |                                                          |         |                                                 |                                                 |             |                                             |     |
|------------|------------------|--------------------------------------------------|---------|-------------------------------------|---|---|-----------|----------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------|-----|
| A<br>被保険者欄 | ①<br>被保険者番号      | 1                                                | ②<br>氏名 | (フリガナ)<br>ケンポ タロウ<br>(氏 名)<br>健保 太郎 |   |   | ③<br>生年月日 | 5.昭和<br>7.平成<br>9.令和 | 年                                                | 月                                                        | 日       | ④<br>性別                                         | 1.男 2.女                                         |             |                                             |     |
|            | ⑤<br>取得年月日       | 5.昭和<br>7.平成<br>9.令和                             | 0       | 7                                   | 0 | 3 | 0         | 1                    | ⑥<br>報酬月額                                        | 280 千円                                                   |         |                                                 |                                                 | ⑦<br>住民票住所  | 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇<br>東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇<br>マンション〇〇号室 |     |
| B<br>被扶養者欄 | ①<br>氏名          | (フリガナ)<br>ユア ネーム<br>(氏 名)<br>ユア ネーム<br>YOUR NAME |         |                                     |   |   |           | ②<br>生年月日            | 5.昭和<br>7.平成<br>9.令和                             | 年                                                        | 月       | 日                                               | ③<br>性別                                         | 1.男 2.女     |                                             |     |
|            | ⑥<br>住民票住所       | 別居の場合のみ住所をご記入ください。                               |         |                                     |   |   |           | ⑤                    | 在留カードまたは住民票に記載されているローマ字氏名を大文字で記入                 |                                                          |         |                                                 |                                                 |             |                                             |     |
|            | ⑧<br>被扶養者になった日   | 9.令和                                             | 0       | 7                                   | 0 | 3 | 0         | 1                    | ⑨<br>認定理由                                        | 1.被保険者の就職 2.婚姻 3.出生<br>4.離職 5.収入減少 6.同居<br>7.その他         |         | ⑩<br>職業                                         | 1.無職 2.パート 3.年金受給者<br>4.小・中学生以下 5.高校・大学生等 6.その他 |             | ⑪<br>収入(年収)                                 | 0 円 |
|            | ⑫<br>被扶養者でなくなった日 | 9.令和                                             |         |                                     |   |   |           |                      | ⑬<br>削除理由                                        | 1.死亡(令和 年 月 日) 2.就職・収入増加 3.婚姻<br>4.75歳到達 5.障害認定<br>6.その他 |         | ⑭<br>被保険者証回収区分                                  | 添付返不能減失                                         | 資格確認書発行要否   | <input type="checkbox"/> 発行が必要              |     |
| B<br>被扶養者欄 | ①<br>氏名          | (フリガナ)<br>(氏 名)                                  |         |                                     |   |   |           | ②<br>生年月日            | 5.昭和<br>7.平成<br>9.令和                             | 年                                                        | 月       | 日                                               | ③<br>性別                                         | 1.男 2.女     |                                             |     |
|            | ⑥<br>住民票住所       | 別居の場合のみ住所をご記入ください。                               |         |                                     |   |   |           | ⑤<br>個人番号            | 新たに被扶養者になる場合のみご記入ください。                           |                                                          |         |                                                 |                                                 |             |                                             |     |
|            | ⑧<br>被扶養者になった日   | 9.令和                                             |         |                                     |   |   |           | ⑨<br>認定理由            | 1.被保険者の就職 2.婚姻 3.出生<br>4.離職 5.収入減少 6.同居<br>7.その他 |                                                          | ⑩<br>職業 | 1.無職 2.パート 3.年金受給者<br>4.小・中学生以下 5.高校・大学生等 6.その他 |                                                 | ⑪<br>収入(年収) | 円                                           |     |
|            | ⑫<br>被扶養者でなくなった日 | 9.令和                                             |         |                                     |   |   |           |                      | ⑬<br>削除理由                                        | 1.死亡(令和 年 月 日) 2.就職・収入増加 3.婚姻<br>4.75歳到達 5.障害認定<br>6.その他 |         | ⑭<br>被保険者証回収区分                                  | 添付返不能減失                                         | 資格確認書発行要否   | <input type="checkbox"/> 発行が必要              |     |
| B<br>被扶養者欄 | ①<br>氏名          | (フリガナ)<br>(氏 名)                                  |         |                                     |   |   |           | ②<br>生年月日            | 5.昭和<br>7.平成<br>9.令和                             | 年                                                        | 月       | 日                                               | ③<br>性別                                         | 1.男 2.女     |                                             |     |
|            | ⑥<br>住民票住所       | 別居の場合のみ住所をご記入ください。                               |         |                                     |   |   |           | ⑤<br>個人番号            | 新たに被扶養者になる場合のみご記入ください。                           |                                                          |         |                                                 |                                                 |             |                                             |     |
|            | ⑧<br>被扶養者になった日   | 9.令和                                             |         |                                     |   |   |           | ⑨<br>認定理由            | 1.被保険者の就職 2.婚姻 3.出生<br>4.離職 5.収入減少 6.同居<br>7.その他 |                                                          | ⑩<br>職業 | 1.無職 2.パート 3.年金受給者<br>4.小・中学生以下 5.高校・大学生等 6.その他 |                                                 | ⑪<br>収入(年収) | 円                                           |     |
|            | ⑫<br>被扶養者でなくなった日 | 9.令和                                             |         |                                     |   |   |           |                      | ⑬<br>削除理由                                        | 1.死亡(令和 年 月 日) 2.就職・収入増加 3.婚姻<br>4.75歳到達 5.障害認定<br>6.その他 |         | ⑭<br>被保険者証回収区分                                  | 添付返不能減失                                         | 資格確認書発行要否   | <input type="checkbox"/> 発行が必要              |     |

記入方法

<A. 被保険者欄>

- ①被保険者番号：『被保険者資格取得届』に記入した被保険者番号をご記入ください。
- ②氏名：氏名は『被保険者資格取得届』に記入した氏名を記入してください。  
フリガナはカタカナで正確にご記入ください。
- ③生年月日：年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は右図のようにご記入ください。
- ④性別：該当する番号を○で囲んでください。
- ⑤取得年月日：被保険者が健康保険に加入した日付をご記入ください。
- ⑥標準報酬月額：被保険者の申請時の標準報酬月額をご記入ください。
- ⑦住民票住所：住民票の住所をご記入ください。

|           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 昭和<br>7平成 | 6 | 3 | 年 | 0 | 5 | 月 | 0 | 3 | 日 |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

<B. 被扶養者欄>①～⑦の該当箇所と、扶養を増やす場合は⑧～⑪を、扶養を減らす場合は⑫～⑭をご記入ください。

- ①氏名：氏名は住民票に登録されているものと同じ氏名を記入してください。  
アルファベットでの登録はできません。フリガナはカタカナで正確にご記入ください。
- ②生年月日：年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は右図のようにご記入ください。
- ③性別：該当する番号を○で囲んでください。
- ④続柄：被扶養者との続柄を詳しくご記入ください。（長男、長女など）
- ⑤個人番号：本人確認を行ったうえで、個人番号をご記入ください。
- ⑥住所：別居の場合のみ住民票住所をご記入ください。
- ⑧被扶養者になった日：被保険者の資格取得届と同時に提出する場合は「⑤取得年月日」と同日、それ以外の場合は出生年月日等の実際に被扶養者になった日  
をご記入ください。
- ⑨理由：被扶養者となった理由を○で囲んでください。
- ⑩職業：該当する番号を○で囲んでください。複数記入可。自営業の方は「6. その他」の欄にご記入ください。
- ⑪収入(年収)：今後1年間の年間収入見込み額をご記入ください。収入には、非課税対象のもの(障害・遺族年金、失業給付等)も含みます。  
非課税対象の収入がある場合は、「⑦備考」の欄に具体的な内容をご記入ください。  
収入がない場合は0円をご記入ください。  
自営業の方は直近の確定申告の控えと収支内訳書（青色申告決算書）の写しをご提出ください。  
自営業の収入とは「その事業の為に、直接必要経費を差し引いた残りの収入」のことをいい、税法上経費と認められているもの  
でも経費と認められない場合もあります。  
・このほかに被扶養者申立書（続柄別）をご記入の上、該当する書類を添付してください。
- ⑫被扶養者でなくなった日：死亡による場合は死亡日の翌日を、それ以外の場合は被扶養者でなくなった日付をご記入ください。  
（就職の場合は、就職日をご記入ください。）
- ⑬理由：被扶養者とならなくなった理由を○で囲んでください。  
5. 障害認定とは・・・6 5 歳以上7 5 歳未満で後期高齢者医療制度の障害認定を受けると健康保険の資格を喪失します。  
障害認定を受けた日を⑫にご記入し、後期高齢者医療制度の保険証のコピーを添付してください。
- ⑭保険証の回収区分：保険証を添付した場合は添付を○で囲んでください。保険証を回収できなかった場合は返不能を○で囲んで回収不能届を添付してください。  
保険証を無くした場合は滅失を○で囲んで滅失届を添付してください。

|           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 昭和<br>7平成 | 6 | 3 | 年 | 0 | 5 | 月 | 0 | 3 | 日 |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

・届出が2枚以上になる場合は、2枚目以降の事業主記入欄とA被保険者欄の記入は省略できます。

- ・資格確認書の発行が必要な場合(※)は「発行が必要」の□に✔を付してください。  
※以下に該当する場合に限ります。
- ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
  - ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
  - ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

<添付書類>

- 収入の確認書類：所得証明書・非課税証明書・源泉徴収票・給与明細・年金振込通知書(写)等
- 仕送りの確認書類：金融機関発行の送金証明書・振込通知書の控え等、被保険者と被扶養者の間での送金事実が確認できる書類

※配偶者・子以外の扶養(父・母など)は、先に「被扶養者現況書」の提出が必要です。

<認定基準について>

- 被扶養者として申請する方が被保険者と同一の世帯に属している場合  
原則として認定対象者の年間収入が130万円(60歳以上である場合、または概ね障害厚生年金の受給要件に該当する程度の障害者の場合は180万円)未満で、かつ被保険者の収入によって生計を維持されている方について認定
- 被扶養者として申請する方が被保険者と同一の世帯に属していない場合  
被保険者と同居が条件でない認定対象者が、被保険者と別居している場合は、原則として、認定対象者の年間収入が130万円(60歳以上である場合、または概ね障害厚生年金の受給要件に該当する程度の障害者の場合は180万円)未満で、かつ、被保険者からの援助額が収入額より多い場合であって、主として被保険者の収入によって生計を維持されている方について認定

被扶養者異動届の提出時期は、健康保険法施行規則38条により、事実のあった(異動事由の発生した)日から5日以内に届出することと定められています。