

正

◎ 添付書類、記入上の注意については2枚目の裏面に書いてありますのでお読みください。
◎ 「※」印欄は記入しないでください。

届書コード	記 号	番 号
2 0 2	①	

健康保険
被扶養者届(変更届)
新規追加
新追削

常務理事	事務局長	部 長	課 長	扱 者

② 被 保 険 者 の 氏 名		③ 生 年 月 日		④ 性 別	⑤ 資 格 取 得 年 月 日		⑥ 標 準 報 酬 月 額	⑦ 被 保 険 者 の 総 合 収 入	⑧ 被扶養者の申請・受給の有無 (○印)		
(氏) (名)		昭和 平成 年 月 日		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日		千円	千円	雇用保険からの給付金の申請 () 有・無 傷病手当金申請 有・無 出産手当金申請 有・無 遺族又は障害年金受給 有・無		
⑨ 被保険者の居所		〒		電話番号 ()							
⑩ 被扶養者のフリガナ氏名		⑫ 生 年 月 日		⑬ 被保険者との続柄	性別 ※ 認定(削除) 年 月 日	⑭ 同居・別居	⑮ 被扶養者の住所	⑯ 被扶養者の職業	⑰ 扶養の理由	⑱ 被扶養者となった(※でなくなった) 年 月 日	備考
⑪ 個 人 番 号				続柄	男1 女2	同居・別居	⑲ ⑳を記入してください。 ※㉑と同じ場合は✓で省略できます。 ☐ 住民票住所が㉑と同じ ☐ 居所が㉑と同じ	職業	月平均収入額	円	
⑲ 住民票住所		〒		⑲ 居 所		〒				⑲ 資格確認書発行要否 ☐ 発行が必要	
		昭和 平成 令和 年 月 日		続柄	男1 女2	同居・別居	⑲ ⑳を記入してください。 ※㉑と同じ場合は✓で省略できます。 ☐ 住民票住所が㉑と同じ ☐ 居所が㉑と同じ	職業	月平均収入額	円	
⑲ 住民票住所		〒		⑲ 居 所		〒				⑲ 資格確認書発行要否 ☐ 発行が必要	
		昭和 平成 令和 年 月 日		続柄	男1 女2	同居・別居	⑲ ⑳を記入してください。 ※㉑と同じ場合は✓で省略できます。 ☐ 住民票住所が㉑と同じ ☐ 居所が㉑と同じ	職業	月平均収入額	円	
⑲ 住民票住所		〒		⑲ 居 所		〒				⑲ 資格確認書発行要否 ☐ 発行が必要	

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()

令和 年 月 日 提出	
社会保険労務士記載欄	
氏 名 等	

受付日付印

副

届書コード	記 号	番 号
202	① 	

健康保険被扶養者認定又は削除通知書

② 被 保 険 者 の 氏 名		③ 生 年 月 日				④ 性 別	⑤ 資 格 取 得 年 月 日				⑥ 標 準 報 酬 月 額		⑦ 被 保 険 者 の 総 合 収 入		⑧ 被 扶 養 者 の 申 請 ・ 受 給 の 有 無 (○ 印)					
(氏)		(名)				昭和 平成	年	月	日	男 ・ 女	昭和 平成 令和	年	月	日	千円	千円	雇用保険からの 給付金の申請 () 有 ・ 無			
⑨ 被 保 険 者 の 居 所		〒 ー 電話番号 ()														傷病手当金申請 有 ・ 無				
⑩ 被 扶 養 者 の フ リ ガ ナ 氏 名		⑫ 生 年 月 日				⑬ 被 保 険 者 と の 続 柄	性 別	※ 認 定 (削 除) 年 月 日				⑭ 同 居 ・ 別 居	⑮ 被 扶 養 者 の 住 所		⑯ 被 扶 養 者 の 職 業	⑰ 扶 養 の 理 由	⑱ 被 扶 養 者 と な っ た (/ で な く な っ た) 年 月 日	備 考		
⑪ 個 人 番 号						続 柄	男 1 女 2	※ 年 月 日				同 居 ・ 別 居	⑲、⑳を記入してください。 ※⑨と同じ場合は✓で省略 できます。 ☐ 住民票住所が⑨と同じ ☐ 住所が⑨と同じ		職業	月平均収入額	年 月 日			
		昭和5・平7・令9 年 月 日													円					
⑳ 住民票住所		〒 ー														㉑ 居 所	〒 ー			㉒ 資格確認書発行要否 ☐ 発行が必要
		昭和5・平7・令9 年 月 日				続 柄	男 1 女 2	※ 年 月 日				同 居 ・ 別 居	㉒、㉓を記入してください。 ※⑨と同じ場合は✓で省略 できます。 ☐ 住民票住所が⑨と同じ ☐ 住所が⑨と同じ		職業	月平均収入額	年 月 日			
		昭和5・平7・令9 年 月 日													円					
⑳ 住民票住所		〒 ー														㉑ 居 所	〒 ー			㉒ 資格確認書発行要否 ☐ 発行が必要
		昭和5・平7・令9 年 月 日				続 柄	男 1 女 2	※ 年 月 日				同 居 ・ 別 居	㉒、㉓を記入してください。 ※⑨と同じ場合は✓で省略 できます。 ☐ 住民票住所が⑨と同じ ☐ 住所が⑨と同じ		職業	月平均収入額	年 月 日			
		昭和5・平7・令9 年 月 日													円					
⑳ 住民票住所		〒 ー														㉑ 居 所	〒 ー			㉒ 資格確認書発行要否 ☐ 発行が必要
		昭和5・平7・令9 年 月 日				続 柄	男 1 女 2	※ 年 月 日				同 居 ・ 別 居	㉒、㉓を記入してください。 ※⑨と同じ場合は✓で省略 できます。 ☐ 住民票住所が⑨と同じ ☐ 住所が⑨と同じ		職業	月平均収入額	年 月 日			
		昭和5・平7・令9 年 月 日													円					

上記のとおり決定したので通知します。

管工業健康保險組合理事長

この処分不服あるときは処分がいつあったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書又は口頭請求を提出することができ、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求又は処分取消の訴えを提起することができ、再審査請求は、審判官の決定書の謄本が送附された日の翌日から起算して3か月以内に文書又は口頭で社会保険審査会（厚生労働省）に対して行うことができ、処分の取消の訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6か月以内に再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6か月以内に、健康保険組合を被告として提起することができます。なお、審査請求があった日から2か月を経過しては決定がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるときは、審査請求の決定を経ずに再審査請求又は処分の取消の訴えを提起することができます。

(添付書類について)

1. 被保険者の配偶者等を扶養している場合（中学生以下の子を除く）は、（非）課税証明書、学生の場合は在学証明書（学生証）の写等の証明書を必ず添付してください。
2. 年金等の受給者については、直近の年金振込通知書の写、又は年金額改定通知書の写等を必ず添付してください。
3. 現在働いている方は、直近3ヵ月分の給与明細の写、退職された方は、退職証明書、雇用保険被保険者離職票の写、雇用保険受給資格者証の写等を必ず添付してください。
4. 営業所得や不動産所得等の給与所得以外の所得がある場合は（年金による雑所得を除く）、直近分の確定申告書及び収支内訳書（青色申告の場合は青色申告決算書）の写等を必ず添付してください。
5. 被保険者の直系尊属、配偶者、子、孫、兄弟及び姉妹以外の方については、住民票等同一の世帯に属していることに関する証明書を必ず添付してください。
6. 被保険者と別居している場合は、送金に関する証明書（現金書留、銀行振込の控等の写）を必ず添付してください。
7. 必要により上記以外の証明書を提出していただく場合もあります。

(記入上の注意)

1. ⑦には、給与収入だけでなく、年金収入、配当収入、不動産収入等をすべて含めたものをご記入ください。
2. ⑧には、「雇用保険からの給付金の申請」、「傷病手当金の申請」、「出産手当金の申請」、「遺族又は障害年金受給」の有無に○をご記入ください。
3. ⑩には、被扶養者の個人番号を必ずご記入ください。（記入できない場合は、住民票の添付が必要になります。）
4. ⑬には、「妻」「長男」「孫」「実父」「義母」「兄」「姉」など詳しくご記入ください。
5. ⑭には、被保険者と同居又は別居のいずれかに○をご記入ください。
6. ⑯には、「中学〇年」、「大学〇年」など詳しくご記入ください。無職の場合は「無職」と必ずご記入ください。
7. ⑰には、届出の日から今後一年間における収入額を月数で除した月平均収入額を必ずご記入ください。
8. ⑱には、申請の理由をご記入ください。（被保険者の取得、婚姻、退職、収入減 等）
9. ⑲には、被扶養者として認定される方は退職等により被扶養者となった日、また被扶養者から削除される方はその就職した日、死亡により削除される場合には死亡した翌日、75歳到達により後期高齢者医療の被保険者資格を取得したときは、誕生日当日をご記入ください。
10. ⑳には、住民票住所をご記入ください。⑨と同じ場合は、⑮に✓を記入することで省略できます。
11. ㉑には、居所をご記入ください。⑨と同じ場合は、⑮に✓を記入することで省略できます。
12. ㉒には、資格確認書の発行が必要な場合（※）は「☐ 発行が必要」に✓を入れてください。

※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方、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方、利用登録解除を申請した方、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方

この届書は被扶養者に異動が生じたときに、その日から、5日以内に事業主を経由して組合へ（正副2通）提出するものです。
なお、削除の届には削除される方が資格確認書又は被保険者証の交付を受けている場合は、それらを添付して提出してください。