

《 記入例は 3 枚目を参照 》

【1035】被扶養者（異動）届 取得

ポイント

・資格取得や喪失については、法律では（5日以内）での届出となっております。JR 健保では猶予を設けて受付をしていますが、**速やかに書類を提出してください。**

①被保険者が、被扶養者の申請を行う場合は、事実発生日から 30 日以内に必要な添付書類を揃え、会社の事務担当箇所経由で健保事務センターに提出してください。

②被保険者が、事実発生日から 30 日以内に必要な添付書類を揃え提出することが困難な場合は、少なくとも「被扶養者(異動)届取得」を 30 日以内に会社の事務担当箇所経由で健保事務センターに提出してください。

③事実発生日から 30 日以内に、「特段の遅延理由」により①又は②の手続きが間に合わなかった場合は、「被扶養者(異動)届取得」に「遅延事由書」を添付し、会社の事務担当箇所経由で健保事務センターに提出してください。その理由内容により認定日の判断を行います。

④「特段の遅延理由」がない場合で、事実発生日から 30 日以内に必要書類が揃わない場合(又は、事実発生日が特定できない場合)は、速やかに(「被扶養者(異動)届取得」事業主特記事項欄に「初回受信日希望」と記入したもの)を会社の事務担当箇所経由で健保事務センターに提出してください。

※「初回受信日希望」により受付した場合で、一定期間内に必要な全ての書類の提出がなく特段の理由がない場合は、この受付を無効として取扱います。

・提出先は、会社の事務担当箇所経由で健保事務センターに提出してください。
(被保険者の退職後、任意継続になられた方は、直接 JR 健保へ送付してください。)

記入内容

- (1)・(2) は、被保険者等記号・番号を記入
- (3) 勤務箇所を記入（任意継続は、記入不要）
- (4) 被保険者氏名を記入
- (5) 単身赴任の状況に該当する番号を記入
- (6) 被保険者の総収入額（前年）の金額を記入
- (7) 配偶者の有無の該当する番号を記入
- (8) 配偶者の前年収入額を記入（無しは0円）
- (9) 現在の扶養者の人数を記入
- (10) **マイナンバーの記入については、事業主により扱いが異なるため事務担当などに必ずご確認ください。**
- (11) 認定対象者の氏名を記入
- (12) 認定対象者の氏名カナを記入
- (13) 認定対象者の生年月日を記入
- (14) 認定対象者の性別に該当する番号を記入
- (15) 続柄を記入（例：妻、長男、二男、母など）
- (16) 税法上の扶養親族認定の有無で該当する番号を記入
- (17) 扶養手当の有無で該当する番号を記入
- (18) 世帯状況の番号を記入
- (19) 職業を記入（例：無職、パート、アルバイトなど）
- (20) 異動事由を記入（例：離職、出生、収入減、結婚、雇保終了など）
- (21) 今後の年間収入見込額を記入
- (22) 住民票住所を記入
- (23) **基礎年金番号の記入については、事業主により扱いが異なるため事務担当などに必ずご確認ください。**
- (24) 事実発生日を記入
- (25) **資格確認書発行の要・否（発行が必要）**

※を入れた場合は、別途「1004 資格確認書交付申請書」の提出が必要です。

・事業主記入欄は、事業主の担当者にて記入

【但し、初回受信日希望の記入は、被保険者の記入が可能とします。】

「初回受信日」の【記入例】

被扶養者(異動)届 取得

1035

注1 太枠内に記入してください。光学処理を行いますので、枠からはみ出さないように丁寧に記入してください。
 注2 マス目への記入は、1つの枠に濁点も含めて1文字とし、左詰めとしてください。
 注3 マス目の右に凡例がある場合は、該当する数字を記入してください。

(1)被保険者等記号 0000	(2)被保険者等番号 00000000	(3)勤務箇所 〇〇駅	(4)被保険者氏名(自署) 健保 太郎
--------------------	------------------------	----------------	------------------------

(5)単身赴任 0 0:該当 1:非該当	(6)被保険者の総収入額(前年) 7,623,914 円	(7)配偶者の有無 0 0:有 1:無	(8)配偶者の前年收入(有の場合) 0 円	(9)現在の扶養者数 2 人
-------------------------------	---------------------------------	------------------------------	--------------------------	-------------------

(10)被扶養者として申請する方の個人番号(マイナンバー)
 0000 0000 0000

(11)被扶養者として申請する方(認定対象者)の氏名(通常表記) 健保 花子	(12)被扶養者として申請する方(認定対象者)の氏名カナ(カタカナ表記) ケンポ ハナコ
---	---

※(11)(12)は、姓と名の間を1マスあけて記入してください。

(13)認定対象者の生年月日 9 5:昭和 7:平成 9:令和 00000000 年 月 日	(14)性別 1 0:男 1:女	(15)続柄 妻 ※妻、長男、母など(漢字)	(16)税法上の扶養親族認定 0 0:有 1:無	(17)扶養手当支給の有無 0 0:有 1:無
---	------------------------	------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

(18)世帯状況 0 0:同居 1:別居	(19)職業 パート	(20)異動事由 収入減 ※異動事由は、離職・出生・収入減・結婚・雇保終了など簡潔に記入してください。	(21)今後1年間の収入見込額 80万 円
----------------------------	---------------	---	--------------------------

(22)住民票住所
 〒 000 - 0000
 住所 〇〇県 〇〇市 〇〇区 〇〇町 〇〇〇〇

(23)基礎年金番号 事業主による管理項目 必要な事業主のみ記載
 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇〇〇〇〇

(25)資格確認書発行要否
 発行が必要
 ※「発行が必要」にチェックを入れた場合、別途「1004資格確認書交付申請書」の提出が必要です。

(24)事実発生日
 9 7:平成
 9:令和
 00000000
 年 月 日

事業主 特記事項欄	「初回受信日の場合」 ・「初回受信日希望」と記入
--------------	-----------------------------

上記のとおり相違ないことを証明します。 所在地 〒000 - 0000 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇〇〇 名称 〇〇株式会社 事業主名 〇〇 〇〇 〇〇	年 月 日	事業所 使用欄	箇所長	電話 000 - 0000	健保担当課
		事業主整理番号	0000		

被扶養者(異動)届 取得

1035

注1 太枠内に記入してください。光学処理を行いますので、枠からはみ出さないように丁寧に記入してください。
 注2 マス目への記入は、1つの枠に濁点も含めて1文字とし、左詰めとしてください。
 注3 マス目の右に凡例がある場合は、該当する数字を記入してください。

(1)被保険者等記号	(2)被保険者等番号	(3)勤務箇所	(4)被保険者氏名(自署)
0000	00000000	〇〇駅	健保 太郎

(5)単身赴任	(6)被保険者の総収入額(前年)	(7)配偶者の有無	(8)配偶者の前年収入(有の場合)	(9)現在の扶養者数
0 0:該当 1:非該当	7,623,914 円	0 0:有 1:無	0 円	2 人

(10)被扶養者として申請する方の個人番号(マイナンバー)

0000 0000 0000

(11)被扶養者として申請する方(認定対象者)の氏名(通常表記)	(12)被扶養者として申請する方(認定対象者)の氏名カナ(カタカナ表記)
健保 一郎	ケンポ イチロウ

※(11)(12)は、姓と名の間を1マスあけて記入してください。

(13)認定対象者の生年月日	(14)性別	(15)続柄	(16)税法上の扶養親族認定	(17)扶養手当支給の有無
9 5:昭和 7:平成 9:令和	000000 0 0:男 1:女	長男 0 ※妻、長男、母など(漢字)	0 0:有 1:無	0 0:有 1:無

(18)世帯状況	(19)職業	(20)異動事由	(21)今後1年間の収入見込額
0 0:同居 1:別居	無職	出生 ※異動事由は、離職・出生・収入減・結婚・雇保終了など簡潔に記入してください。	0 円

(22)住民票住所

〒 000 - 0000

住所 〇〇県 〇〇市 〇〇区 〇〇町 〇〇〇〇

(23)基礎年金番号 事業主による管理項目 必要な事業主のみ記載	(25)資格確認書発行要否
□□□□ - □□□□□□	<input type="checkbox"/> 発行が必要

※「発行が必要」にチェックを入れた場合、別途「1004資格確認書交付申請書」の提出が必要です。

(24)事実発生日	事業主特記事項欄
9 7:平成 9:令和	00000000

上記のとおり相違ないことを証明します。	年 月 日	事業所使用欄	箇所長	電話	健保担当課
所在地 〒000 - 0000 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇〇				000 - 0000	
名称 〇〇株式会社					
事業主名 〇〇 〇〇 〇〇		事業主整理番号	0000		