

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)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(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
<input type="checkbox"/> 0: 該当 <input type="checkbox"/> 1: 非該当	<input type="text"/> 円	<input type="checkbox"/> 0: 有 <input type="checkbox"/> 1: 無	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 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)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

(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)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

※ (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
<input type="checkbox"/> 5: 昭和 <input type="checkbox"/> 7: 平成 <input type="checkbox"/> 9: 令和	<input type="checkbox"/> 0: 男 <input type="checkbox"/> 1: 女	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0: 有 <input type="checkbox"/> 1: 無	<input type="checkbox"/> 0: 有 <input type="checkbox"/> 1: 無
年 月 日		※妻、長男、母など(漢字)		

(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

<input type="checkbox"/> 0: 同居 <input type="checkbox"/> 1: 別居	<input type="text"/>	<input type="text"/>	※ 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。	<input type="text"/> 円
--	----------------------	----------------------	---	------------------------

(22) 住民票住所

〒	<input type="text"/>	—	<input type="text"/>
住所	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(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

<input type="text"/>	—	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------

(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

<input type="checkbox"/> 7: 平成 <input type="checkbox"/> 9: 令和	<input type="text"/>
年 月 日	

事業主 特記事項欄	<input type="text"/>
--------------	----------------------

上記のとおり相違ないことを証明します。	年 月 日	箇所長	電話	健保担当課
所在地 〒	—	事業所 使用欄	—	
名称		事業主整理番号		
事業主名				