

## 被扶養者異動届 (被扶養者の追加)

異動届の作成日を忘れずに記入してください

(西暦) 2024 年 10 月 15 日 提出

アマゾンジャパン健康保険組合の保険証 (資格確認書) に記載されている記号・番号を記入します。これから入社する場合等、不明な場合は空欄としてください

◎申請者 (社員) の情報を記入します ( のセルに記入又はチェックしてください )

|        |   |  |      |       |      |  |   |
|--------|---|--|------|-------|------|--|---|
| 被保険者資格 | 記号  | 1  | 番号   | 12345 | 社員番号 | 123456789  | 資格取得日   |
| 被保険者欄  | 氏名  | フリガナ   | アマゾン | タロウ   |      | <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 西暦 | <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 |
|        | 姓   | アマゾン   | 太郎   | 5     | 10   | 30   | 年 月 日 生   |
|        | 住所  | 〒 151 - 0051 電話 03 ( 5357 ) 7555<br>東京都渋谷区千駄ヶ谷5-21-14<br>バリューHRビル 3階 |      |       |      | 標準報酬月額<br>円  |   |
| 配偶者の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者がいる <input type="checkbox"/> 配偶者がいない |  |      |       |      |  |   |
| 配偶者の年収 | (税込) 万円   | ※子どもを被扶養者とする場合 20歳以上の被扶養配偶者は、年金事務所に届け出が必要です                          |      |       |      |  |   |
|        | 100   | ※配偶者の収入証明の添付が必須  |      |       |      |  |   |

|                  |                                     |  |
|------------------|-------------------------------------|--|
| 被保険者確認欄 (必ずチェック) | <input checked="" type="checkbox"/> | 配偶者について届け出るとき、同時に「国民年金第3号被保険者関係届」として申請します。 |
|                  | <input checked="" type="checkbox"/> | 被保険者 (申請者) 本人が記入し、内容に間違いありません (氏名欄押印省略)    |

◎新たに追加する被扶養者 (家族) の情報を記入します。 ※マイナンバー (個人番号) の記載は必須です。  
 ※入社に伴う届出の場合、扶養を始めた日は入社日です。 ※子の続柄は「長男」「二女」のように順位を付けて記入します。

|      |  |      |              |  |                                      |  |  |
|------|--|------|--------------|--|--------------------------------------|--|--|
| 被扶養者 | 氏名   | フリガナ | ヨヨギ          | ハナコ                                      | 続柄                                   | <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦 |  |
|      | 姓  | 代々木  | 花子           |  |                                      | 年 月 日 生  |  |
|      | 扶養を始めた日  | 職業   | 年収見込 (税込) 万円 | 扶養を始めた理由                                 | 年収見込みは、申請日時点から向こう1年間の収入の見込みを記入してください |  |  |
|      | <input checked="" type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦 | パート  | 100          | <input type="checkbox"/> その他の理由 (具体的に記載) |                                      |  |  |
|      | 6  | 10   | 1            |  |                                      |  |  |
|      | マイナンバー (個人番号) *4桁-4桁-4桁  |      | 住所           | 〒 -                                      |                                      |  |  |
|      | 9999 - 9999 - 9999   |      | 別居のとき        |  |                                      |  |  |

|      |  |      |              |  |                        |  |  |
|------|--|------|--------------|--|------------------------|--|--|
| 被扶養者 | 氏名   | フリガナ | ヨヨギ          | ハナコ  | 続柄                     | <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦 |  |
|      | 姓  | 代々木  | 花代           | 長女   |                        | 年 月 日 生  |  |
|      | 扶養を始めた日  | 職業   | 年収見込 (税込) 万円 | 扶養を始めた理由   | 例: 妻・長男・二女・父など ※悪い例「子」 |  |  |
|      | <input checked="" type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦 | 高校生  | 0            | <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者の入社 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 被扶養者の退職・収入減 |                        |  |  |
|      | 6  | 10   | 1            | <input type="checkbox"/> その他の理由 (具体的に記載)   |                        |  |  |
|      | マイナンバー (個人番号) *4桁-4桁-4桁  |      | 住所           | 〒 -  |                        |  |  |
|      | 9999 - 9999 - 9999   |      | 別居のとき        |  |                        |  |  |

|      |  |      |              |   |                        |   |  |
|------|--|------|--------------|---|------------------------|---|--|
| 被扶養者 | 氏名   | フリガナ | メグロ          | マサオ   | 続柄                     | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦 |  |
|      | 姓  | 目黒   | 正夫           | 甥   |                        | 年 月 日 生   |  |
|      | 扶養を始めた日  | 職業   | 年収見込 (税込) 万円 | 扶養を始めた理由  | 例: 妻・長男・二女・父など ※悪い例「子」 |   |  |
|      | <input checked="" type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦 |      |              | <input checked="" type="checkbox"/> その他の理由 (具体的に記載) | 亡兄の子で被保険者以外に身寄りがいない    |   |  |
|      | 6  | 10   | 1            |   |                        |   |  |
|      | マイナンバー (個人番号) *4桁-4桁-4桁  |      | 住所           | 〒 -   |                        |   |  |
|      | 9999 - 9999 - 9999   |      | 別居のとき        |   |                        |   |  |

|      |                                     |         |  |
|------|-------------------------------------|---------|--|
| 事業主欄 | <input checked="" type="checkbox"/> | 被保険者に届出 | 扶養を始めた日とは、事実の発生した日をいいます。(入社日、誕生日、婚姻届提出日等) その日が確定できないときは、提出日を記入してください。入社に際して被扶養者を届け出るときは、入社日を記入します。 |
| 所在地  |                                     |         |  |
| 事業主名 |                                     |         |  |
| 電話番号 |                                     |         |  |

|         |  |
|---------|--|
| 社会保険労務士 |  |
|---------|--|

受付