健康保険　被扶養者異動届　＜扶養家族にしたいとき＞

受　付	登　録

決　裁　令和　　年　　月　　日			
常務理事	事務長	関係者	担　当

事業主担当印および受付日

秘　厳秘情報 複製禁止

出生による申請の場合は、「資格確認書」（有効期限３ヵ月）を交付します。
その間にマイナンバーカードを取得し、マイナ保険証登録をお願いいたします。

※当組合では、被保険者および被扶養者の個人番号を、番号法別表第1の第2項「健康保険法による保険給付の支給または保険料等の徴収に関する事務」において、適用、給付および徴収業務で利用します。

中部電力健康保険組合 常務理事 殿

以下のとおり申請します。なお、申請内容に相違があった場合、被扶養者認定日に遡って被扶養者資格を削除するとともに、医療費等の保険給付、保健事業関係利用費等を受けていた場合は、全額返納いたします。

令和　○○ 年　○○ 月　○○ 日 届出

被保険者記入欄

被保険者					
被保険者等記号	1	被保険者等番号	12345	会社名・所属	○○(株)△△支店　××部　××グループ
氏　名	健保　太郎			連絡先	○○

居住	別居理由	（家族が別居の場合に記入してください）
☑ 同居	☐ 単身赴任 ☐ 就学 ☐ 施設入所	家族の住民票住所　〒　－

住民票がない場合は裏面の該当する①～⑤の番号を記載 ➡

申請する家族					
フリガナ	ケンポ　ダイチ	続　柄	年　齢		
氏　名	健保　大知	長男	0		
生年月日	令和○○年○月○日	個人番号	○○○○○○○○○○○○		

出生したお子様の個人番号を記入してください。
※個人番号の付番に時間がかかる場合等は、個人番号欄は空欄のままでご提出ください。
その場合「住民票」の添付が必要です。

公費負担医療の有無（市町村などによる医療費助成）

☐ 有　☐ 無　有の場合は右の項目を選択

☐ 障がい者医療　☑ 子ども（乳幼児）医療
☐ 市町村認定特定疾患　☐ 母子（父子）家庭
☐ その他（　　）

【認定市町村名】 名古屋市

扶養し始めた日
【理由】の＜　＞内のとおり日付を記入してください

令和　○○ 年　○ 月　○ 日

出生日を記入してください

【理由】右のア～ケのいずれかを記入

- ア 出生＜出生の日＞
- イ 婚姻＜婚姻した日＞ 婚姻前6ヵ月以内入してください
- ウ 退職＜退職日の翌日＞下段の【雇用保険】も記入してください
- エ 雇用保険受給終了＜雇用保険給付最終日の翌日＞
- オ 任継喪失＜任意継続資格喪失日＞
- カ 収入減＜状況により異なるため記入しないでください＞
- キ 被保険者資格取得＜被保険者の資格取得日（入社日）＞
- ク 同居開始＜住民票異動日＞
- ケ その他＜事実発生日＞（　　）

ア

職　業（出生は除く）

☐ 無職　☐ 学生　☐ 自営業
☐ パート、アルバイト ➡ ☐「給与収入のみ」の場合に✓
☐ その他（　　）

収入年額（見込額）

給 与	円	事業	円
年 金	円		
その他（　　）	円		

あなた（被保険者）以外の方で、申請する家族の生活を支えている方がいましたらご記入ください。（配偶者の申請の場合は除く）
◎夫婦共働きで子を扶養している　◎兄弟姉妹で共同して両親を扶養している　等
◎生計維持確認のために「状況報告書（組合所定用紙）」が必要になります。（出生および配偶者の申請は除く）

氏 名	続柄	職 業	収 入	年 額（見込額）	加入の健康保険
健保　花子	妻	☑ 会社員 ☐ パート、アルバイト ☐ その他（	給 与 年 金 その他	休職中　円 円	☑（○○グループ　）健康保険組合 ☐ 国民健康保険組合 ☐ その他（　）

配偶者に収入がある場合、記入してください。
（※申請する家族の主たる生計維持者を確認するため。）

申請時点から1年間の収入を記入してください。
（休職中の場合は、その旨を記入してください。）

【雇用保険】右のA～Dのいずれかを記入

- A 受給申請予定
- B 受給期間の延長申請予定
- C 受給申請しない
- D 受給資格がない

ともに、その間の医療費、その他給付金等については全額返還いたします。

◎雇用保険受給中は扶養家族になれません。ただし、雇用保険の日額が3,612円未満（60歳以上の方は5,000円未満）の場合はこの限りではありません。

健保処理欄

続柄	居住	住民票	☐	収入		被保険者年収	標準報酬月額	第3号	年金コード	高齢受給者証
	同・別	戸籍等	☐	有・無	（　）円＋（　）円＋ （　）円 ＝ 円①		千円×16=　千円②			

仕送り			審査			判　定	認定 ・ 否認定	否認定理由	
必要額	円／月		基準額1☐	①	円 ＜ 130万円・180万円	認定年月日			
実施額	円／月 円／年③		基準額2☐	①	円 ＜ ②×1/2＝　円	処理年月日			
			仕送確認☐	①	円 ＜ ③　円				

別居世帯の必要生活費を記入する。有配偶者の場合の仕送り必要額（　　）円/年　　確認後「適」である場合は☐に✔する。仕送確認は別居の家族（配偶者・学生の子を除く）の審査時のみ実施