

健康保険 被扶養者異動届 <扶養家族にしたいとき>

秘 厳秘情報
複製禁止

受付	登録

決裁 令和 年 月 日				事業主担当印 および受付日
常務理事	事務長	関係者	担当	

※当組合では、被保険者および被扶養者健康保険法による保険給付の支給または給付および徴収業務で利用します。
扶養し始めた日(事実発生日)から14日以内に提出してください。
14日以内の受付→事実発生日の認定
14日を超える受付→受付日の認定

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 〇〇年 〇〇月 〇〇日 届出

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	〇〇(株)△△支店 ××部 ××グループ			居住	別居理由 (家族が別居の場合に記入してください)							
	氏名	健保 太郎		連絡先	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他	家族の 住民票 住所	〒 -							
被 保 険 者 記 入 欄	フリガナ	ケンポ ハナコ		続柄	年齢	性別	申請前の加入の健康保険		公費負担医療の有無(市町村などによる医療費助成)									
	氏名	健保 花子		妻	65	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 障がい者医療 <input type="checkbox"/> 子ども(乳幼児)医療 <input type="checkbox"/> 市町村認定特定疾患 <input type="checkbox"/> 母子(父子)家庭 <input type="checkbox"/> その他()	【認定市町村名】								
	生年月日	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R	〇〇年 〇〇月 〇〇日	個人番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇				有の場合は右の項目を選択									
	扶養し始めた日	令和 〇〇年 〇月 〇日		理由のく>内のとおり日付を記入してください		<input checked="" type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> パート、アルバイト → <input type="checkbox"/> 「給与収入のみ」の場合に✓ <input type="checkbox"/> その他()		収入年額(見込額)		給与	円	事業	円					
【理由】	ア 出生<出生の日>		イ 婚姻<婚姻した日> <small>婚姻前6ヵ月以内に入してください</small>		ウ 退職<退職日の翌日> <small>下段の【ウ】も記入</small>		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<任継喪失の日>		カ 収入減<状況>		キ 被保険者資格喪失		ク 同居開始<同居開始の日>		ケ その他<事由>	
ウ	「ウ 退職」を選択された場合は必須記入項目です。雇用保険について、A~Dのいずれかを選択して記入してください。		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							
雇用保険	右のA~Dのいずれかを記入	A		A 又給申請予定 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		申請する家族の雇用[失業]保険に関する記載事項に相違ありません。なお、受給開始に伴う手続きを行わなかった場合、扶養認定取消しに応じるとともに、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。		被保険者 氏名		健保 太郎								

健 保 処 理 欄	続柄	居住	住民票	<input type="checkbox"/>	収入	() 円+() 円+() 円+	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	<input type="checkbox"/>	有・無	() 円 = () 円①	千円 × 16 = 千円②					
	仕送り 必要額	円/月	審査	基準額1口 ①	円 < 130万円・180万円	判定	認定・否認定	否認定 理由			
実施額	円/月 円/年③		基準額2口 ①	円 < ② × 1/2 =	円	認定年月日					
			仕送確認口 ①	円 < ③	円	処理年月日					

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