

健康保険 被扶養者異動届 <扶養家族にしたいとき>

厳秘情報

用紙サイズの変更はしないでください。
また、裏紙での申請も不可となります。

令和 〇〇 年 〇 月 〇 日
 事業主担当印 および受付日
 事務局長 関係者 担当

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

住民票の添付または個人番号の記入が必要です。
個人番号の記入の要否については、必ず事業所の指示に従ってください。

帳票に基づき保険証を作成しますので、正確に記入してください。

連絡先は業務時間内(9:00~17:00)に連絡が取れる番号(内線・PHS・外線等)をご記入ください。

令和 〇〇 年 4 月 6 日届出

被保険者証の番号	1	被保険者証の番号	12345	会社名・所属	(株)△△支店 ××グループ	現住所	〒〇〇〇 名古屋
被保険者氏名	健保 太郎		会社名・所属	(株)△△支店 ××グループ		現住所	〒〇〇〇 名古屋
フリガナ	ケンポ	キク	連絡先	(☎ 052 - 880 - 〇〇〇〇)		職業(生計は除く)	無職 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 自営業 <input checked="" type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>
氏名	健保	キク	続柄	母	昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日	居住	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
扶養し始めた日	令和 〇〇 年 4 月 2 日		現在加入中の健康保険	<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 以前の勤務先の健康保険で任意継続 <input type="checkbox"/> 未加入		別居理由	<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
【理由】	ア 出生<出生の日>		収入	給与 960,000 円		年金	960,000 円
イ 婚姻<婚姻した日>	ウ 退職<退職日の翌日>		事業	円		その他	円
エ 雇用保険受給終了<雇用保険給付最終日の翌日>	オ 失業<失業日の翌日>		公費負担医療の有無(市町村などによる医療費助成)	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		子ども(乳幼児)医療	<input type="checkbox"/>
カ 就職<入社日>	キ 被保険者資格取得<被保険者の資格取得日(入社日)>		市町村や都道府県による医療費の助成制度を受けている場合は「有」に記入して、右の項目を選択してください。	母子(父子)家庭 <input type="checkbox"/>		障がい者医療	<input type="checkbox"/>
ク 同居開始<住民票異動日>	ケ その他<事実発生日>		加入の健康保険	<input checked="" type="checkbox"/> (××グループ)健康保険組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> その他		市町村認定特定疾患	<input type="checkbox"/>
【雇用保険】	A 受給申請予定		健保 二郎	弟	会社員 <input checked="" type="checkbox"/> パート、アルバイト <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>	収入	給与 4,000,000 円
右のA~Dのいずれかを記入	B 受給期間の延長申請予定		収入	年金	円	その他	円
右のA~Dのいずれかを記入	C 受給申請しない		収入	年金	円	その他	円
◎雇	雇用保険の受給に関する申立書		収入	年金	円	その他	円
続柄	「同居」の事実確認の他、収入状況等の確認が必要です。添付書類の一覧表をご確認ください。		収入	年金	円	その他	円
仕送り	必要額	円 < 1307	収入	年金	円	その他	円
実施額	円/月	円 < ② ×	収入	年金	円	その他	円
	円/年③	円 < ③	収入	年金	円	その他	円

申請する家族の個人番号を記入してください。

申請時点の状況を記入してください。

申請時点から1年間の見込みの収入(未来収入)を記入してください。

住民票の異動日(住民になった日)を記入してください。

市町村や都道府県による医療費の助成制度を受けている場合は「有」に記入して、右の項目を選択してください。

“同居”の事実確認の他、収入状況等の確認が必要です。添付書類の一覧表をご確認ください。

申請する家族の生活を支えている方がいる場合は記入してください。
 ◎夫婦共働きで共同して子を扶養している。
 ◎兄弟姉妹で共同して両親を扶養している等。
 【記入見本の場合】
 例1) 母:キクの配偶者(被保険者:太郎の父)がご健在の場合に記入してください。
 ※75歳以上で後期高齢者医療制度へ加入している場合も含む。

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

