

健康保険 被扶養者異動届 <扶養家族にしたいとき>

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 年 月 日
事務 事務長 関係者 担当

事業主担当印
および受付日

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。

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。

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

および被扶養者...
付の支給または保険料等の徴収に関する事務

令和 〇〇 年 5 月 5 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 | 〇〇 ××部 | △支店 グループ | 現住 所 | 千〇〇〇 名古屋 |
| | 氏名 | 健保 太郎 | | | 連絡先 | (☎ 052 - 880 - 〇〇〇〇) | | | 日本国内に は裏面の記 |
| 被 保 険 者 記 入 欄 | フリガナ | ケンポ | ハナコ | 続柄 | 生年月日 | 職業 (生は除く) | 居住 | 別居理由 | 収入 年 給 金 事 業 所 の 収 入 |
| | 氏名 | 健保 花子 | | 妻 | 昭和 平成 令和 | <input checked="" type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 学生 <input checked="" type="checkbox"/> パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> その他() | <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 | 960,000 円 円 円 円 |
| 申 請 す る 家 族 | 扶養し始めた日 | 令和 年 月 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 <input type="checkbox"/> その他() | | 公費負担医療の有無(市町村などによる医療費助成) | |
| | 【理由】 | ア 出生<出生の日> イ 婚姻<婚姻した日> ウ 退職<退職日の翌日> 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> | | | 【理由】の<>内のお 付を記入してください | 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) | | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 有の場合は 右の項目を | |
| | 力 | カ 収入減 キ 初任給 ク その他<事実発生日> | | | 【理由】は「力 収入減」です。 | 配偶者の申請の場合は記入不要です。 | | 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。 | |
| | 【雇用保険】 | A 受給申請予定 B 受給期間の延長申請予定 | | | 雇用保険の受給に関する申立書 申請する家族の雇用[失業]保険に | 収入 給与 年金 その他 | | 【認定市町村名】 | |
| 健 保 処 理 欄 | 仕送り | 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 | | 認定年月日 処理年月日 | | 理由 |

状況により異なるため
記入しないでください。

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。

【扶養認定日について】
収入減による申請の場合、扶養認定日は添付書類より判断いたします。
主に以下のとおり取扱います。

- 例1) 雇用形態の変更があった場合 → 雇用形態変更日。
- 例2) 健康保険の適用がなくなった場合 → 健康保険の資格喪失日。
- 例3) 上記1, 2以外の場合 → 書類の受付日。

“収入減”の事実確認のために『収入証明書』の添付が必要です。
被扶養者様のお勤め先に専用の様式があれば、そちらを添付してください。
ない場合は当健保の「退職・収入証明書」の右側部分のみをお勤め先にて
ご記入いただき、添付してください。

