

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

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。

住民票の添付または個人番号の記入が必要です。個人番号の記入の可否については、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。

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ご提出ください。その場合「住民票」の添付が必要です。

届出日は必ず記入してください。

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。

出生日を記入してください。

【理由】は「ア出生」です。

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。)

被保険者	被保険証の 記号 1	被保険者 番号	氏名	健保 太郎	連絡先	(0) - 880 - 0000	
フリガナ	ケンボ	ダイチ	続柄	長男	年月日	年齢 性別	
氏名	健保	大知	昭和 平成 令和	0 8 2 4 0	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	職業(出生は除く)	
扶養し始めた日	令和 00 年 8 月 24 日	現在加入中の健康保険	<input 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 checked="" 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)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	収入	年額(見込額)
【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>下段の 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>	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)	有の場合は右の項目を選択	<input checked="" type="checkbox"/> 子ども(乳幼児)医療 <input type="checkbox"/> 障がい者医療 <input type="checkbox"/> 母子(父子)家庭 <input type="checkbox"/> 市町村認定特定疾患 <input type="checkbox"/> その他()	名古屋市	給与 年金 事業 その他	円 円 円 円
【雇用保険】	右のA~Dのいずれかを記入	氏名	続柄	職業	収入	年額(見込額)	加入の健康保険
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	健保 花子	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート、アルバイト <input type="checkbox"/> その他()	給与 年金 その他	休職中	円 円 円	<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()

続柄	居住	住民票	収入	被保険者 年収	標準報酬月額 千円 × 16 =	第3号	年金コード	高齢受給者証
同・別	同・別	戸籍等	有・無	円 + () 円 =	千円①			
仕送り 必要額	円/月	審査	基準額1 <input type="checkbox"/> 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		基準額2 <input type="checkbox"/> ①	円 < ② × 1/2 =	円	認定年月日		
	円/年③		仕送確認 <input type="checkbox"/> 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								