

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 事業主担当印

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、合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

住民票記載のとおり正確に記入してください。

令和 〇〇 年 12 月 25 日 届出 (家族が別居の場合に記入してください)

被保険者	被保険者等記号	1	被保険者等番号	10015	会社名	〇〇〇〇〇〇	住民票住所	名古屋市中区△△町××1丁目2番30号	家族の住民票住所	-			
	氏名	健保 大知		長男	〇〇〇	〇〇〇	日本国内に被扶養者の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	ケンボウ 大知		長男	〇〇	12	15	0	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> パート、アルバイト	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 就学	収入	年額(見込額)	
	氏名	健保 大知		長男	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	円	円
申請する家族	扶養し始めた日	令和 〇〇 年 12 月 15 日		資格確認書発行要否*	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 発行が必用		<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"/> その他()		【認定市町村名】		名古屋市		
	【理由】	ア 出生<出生の日>		・マイナンバーカードを取得していない、マイナ保険証の未登録、利用登録解除をした ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れ		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)		有の場合は右の項目を選択					
申請する家族	右のア~ケのいずれかを記入	ア 収入減<状況により異なるため記入しないでください>		氏名	続柄	職業	収入	年額(見込額)	加入の健康保険				
	ア	キ 被保険者資格取得<被保険者の資格取得日(入社日)>		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	休職中	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()			
申請する家族	右のア~Dのいずれかを記入	B 受給期間の延長申請予定		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。)							
		D 受給資格がない											

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。

出生の場合は、この発行要否の記載は不要です。すべての方に「資格確認書」(有効期限3ヵ月)を交付します。

出生日を記入してください

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。)

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