

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ご本人の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

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 10 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			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	〒 - - (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 )			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 ハナコ			続柄	妻			生年月日	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	年齢	65	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 女	職業(出生は除く)	<input checked="" type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> その他( )	居住	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	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	収入	給与 円 年金 円 事業 円 その他 円	年額(見込額)	円
	氏名	健保 花子			昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	令和 〇〇 年 12 月 1 日	資格確認書発行要否 * 以下に該当する場合に限り発行	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを取得していない、マイナンバーカードを返納した <input type="checkbox"/> マイナ保険証の未登録、利用登録解除をした <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れ			<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 有の場合、右の項目に☑、認定市町村名を記入してください。			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"/> 子ども(乳幼児)医療 <input type="checkbox"/> 障がい者医療 <input type="checkbox"/> 市町村認定特定疾患(父子)家庭							
【理由】	右のア〜ケのいずれかを記入			・雇用保険の受給終了の翌日を記入してください。 ・雇用保険受給資格者証のすべての写しを添付してください。			交付該当者に該当する場合は✓をしてください。 資格確認書を発行します。			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☑、右の項目に☑、認定市町村名を記入してください。			配偶者の申請の場合は記入不要です。											
【雇用保険】	右のア〜Dのいずれかを記入			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			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														

健保処理欄	続柄	居住	住民票	収入	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	有・無	円+( )	円+( )			
仕送り	必要額	円/月	審査	基準額1口 ①	円 < ② × 1/2 =	円	認定年月日	否認理由
	実施額	円/月	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								

配偶者を扶養に入れる場合は、同時に「国民年金第3号被保険者関係該当届」の提出が必要となります。

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