

健康保険被扶養者届

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 に つ い て	保険証の 記号	番号・枝番	氏名	会社名	
	〒 住所	所属			TEL (内線)
	被保険者の配偶者 (有 ・ 無)			配偶者扶養 本 配	被保険者の月額 千円

区分	氏名・枝番	性別	生年月日	続柄	同居 別居	今後の収入 の予定	収入予定が「有」の 場合収入の種類	異動日	申請事由	※認定日または削除日	※保険証処理 交付または回収
増 ・ 減	(フリガナ)	男 ・ 女	昭和・平成・令和 年 月 日	(第 子)	同居 ・ 別居	有 ・ 無	給与・事業収入 年金・失業給付 その他	令和 年 月 日		令和	交付・回収 ()
増 ・ 減	(フリガナ)	男 ・ 女	昭和・平成・令和 年 月 日	(第 子)	同居 ・ 別居	有 ・ 無	給与・事業収入 年金・失業給付 その他	令和 年 月 日		令和	交付・回収 ()
増 ・ 減	(フリガナ)	男 ・ 女	昭和・平成・令和 年 月 日	(第 子)	同居 ・ 別居	有 ・ 無	給与・事業収入 年金・失業給付 その他	令和 年 月 日		令和	交付・回収 ()
増 ・ 減	(フリガナ)	男 ・ 女	昭和・平成・令和 年 月 日	(第 子)	同居 ・ 別居	有 ・ 無	給与・事業収入 年金・失業給付 その他	令和 年 月 日		令和	交付・回収 ()

事 業 主 証 明 欄	令和 年 月 日	退職日・事業廃止日 ()	雇保受給終了日 ()
	事業所所在地	住民票・戸籍謄本(全部事項証明)・戸籍抄本(個人事項証明)	
	事業所名称	() 確認済	
事業主名	年間収入		
事業主担当者確認	申請者(被保険者)が作成したものである <input type="checkbox"/> 円		

- 注) 1.太枠内の各項目について記入し**申請事由発生の日から30日以内に健保必着にて申請してください。**
2.申請事由欄には、扶養するようになった又はされなくなった事由(結婚・出生・離職・離婚・死亡・就職等)を異動日欄には事由発生の日を必ず記入してください。
3.添付書類は、ホームページでご確認のうえ取り揃えていただき、事業所健保担当窓口経由でご提出ください。添付書類の不備や届出書等に記入漏れがある場合は受付できません。(任継者の方は健保へ郵送ください)
4.第1子出生の場合に育児冊子を記載住所宛郵送させていただきます。(1年間)
5.削除手続きの場合は必ず削除対象者の保険証を添付してください。(紛失等により添付できない場合は、「紛失届」を提出願います。)
なお、加入先健康保険組合保険証の「写」を添付してください。(国民健康保険加入の場合は除く)

受付日付印

常務理事	事務長	主任	担当	処理	
				IP	赤ママ