

# 健康保険被扶養者異動届(増)

| 健保組合 |       |     |
|------|-------|-----|
| 常務理事 | グループ長 | 担当者 |
|      |       |     |

|            |
|------------|
| 事業所担当者の確認印 |
| 日付印        |

| 健康保険被保険者証 |            |
|-----------|------------|
| 記号        | 番号(右づめで記入) |
|           |            |
| 被保険者の氏名   |            |
| (氏)       | (名)        |
|           |            |

令和 年 月 日提出

|            |                |      |        |  |
|------------|----------------|------|--------|--|
| 事業所名       |                | 電話番号 | 自宅     |  |
| 所属(または出向先) | 部              |      | 職場(内線) |  |
|            | 室・グループ<br>課・工場 |      | 職場(外線) |  |
| 被保険者住所     | 〒              |      |        |  |

| 対象者の氏名 | 生年月日             |   |   |   | 性別     | 続柄 | 同居 | 別居   |      |     | 学生 | 収入                   |          | 申請理由                                                    | 事由発生年月日     | *健保記入欄(認定年月日) |
|--------|------------------|---|---|---|--------|----|----|------|------|-----|----|----------------------|----------|---------------------------------------------------------|-------------|---------------|
|        | 昭平令              | 年 | 月 | 日 |        |    |    | 単身赴任 | 施設入居 | その他 |    | 内訳                   | 平均月額(税込) |                                                         |             |               |
| (フリガナ) | 昭平令              | 年 | 月 | 日 | 男<br>女 |    |    |      |      |     |    | なし・年金<br>給与収入<br>その他 | 円        | 1.入社<br>2.収入減<br>3.出生<br>4.退職<br>5.雇用保険受給終了<br>6.その他( ) | 令和<br>年 月 日 | *<br>年 月 日    |
|        | マイナンバー<br>(個人番号) |   |   |   |        |    |    |      |      |     |    | ( )                  |          |                                                         |             |               |
| (フリガナ) | 昭平令              | 年 | 月 | 日 | 男<br>女 |    |    |      |      |     |    | なし・年金<br>給与収入<br>その他 | 円        | 1.入社<br>2.収入減<br>3.出生<br>4.退職<br>5.雇用保険受給終了<br>6.その他( ) | 令和<br>年 月 日 | *<br>年 月 日    |
|        | マイナンバー<br>(個人番号) |   |   |   |        |    |    |      |      |     |    | ( )                  |          |                                                         |             |               |
| (フリガナ) | 昭平令              | 年 | 月 | 日 | 男<br>女 |    |    |      |      |     |    | なし・年金<br>給与収入<br>その他 | 円        | 1.入社<br>2.収入減<br>3.出生<br>4.退職<br>5.雇用保険受給終了<br>6.その他( ) | 令和<br>年 月 日 | *<br>年 月 日    |
|        | マイナンバー<br>(個人番号) |   |   |   |        |    |    |      |      |     |    | ( )                  |          |                                                         |             |               |
| (フリガナ) | 昭平令              | 年 | 月 | 日 | 男<br>女 |    |    |      |      |     |    | なし・年金<br>給与収入<br>その他 | 円        | 1.入社<br>2.収入減<br>3.出生<br>4.退職<br>5.雇用保険受給終了<br>6.その他( ) | 令和<br>年 月 日 | *<br>年 月 日    |
|        | マイナンバー<br>(個人番号) |   |   |   |        |    |    |      |      |     |    | ( )                  |          |                                                         |             |               |

【添付書類】 1.「家族状況報告書」をご記入のうえ提出ください。  
2.「被扶養者を申請するときの添付書類」を参照のうえ、必要書類を提出ください。

※マイナンバーは必ずご記入ください  
※申請内容に不備があった場合には、遡って扶養を取り消すとともに、その期間中の診療費を請求することになります。  
※社会通念上、申告額と生活実態が著しくかけ離れていると判断された場合は、認定しないこともあります。

(R3.4)

|                    |   |
|--------------------|---|
| *健保記入欄(認定条件・認定期限等) | * |
|--------------------|---|

|             |
|-------------|
| 社会保険労務士の代行者 |
|             |

変付百付印