

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
<div style="border: 2px solid red; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> 担当 者印 </div>

健康保険被保険者証	
記号	番号 (右つめて記入)
1 2 3 4	5 6 7 8 9 0
被保険者の氏名	
(氏)	(名)
日鉄	太郎

令和 ○ 年 ◇ 月 × 日提出

事業所名	○△◇(株)		電話番号	自宅	○○-◇◇◇◇-××××
所属 (または出向先)	○ × 部	△ □	室・グループ課・工場	職場(内線)	○○◇◇××
被保険者住所	〒 123-4567 ◇◇県○△市◇町×-×-×				

対象者の氏名	生年月日	性別	続柄	同居	別居 単身赴任 施設入居 その他	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)
							内 訳	平均月額 (税込)			
(フリガナ) ニッテツ ハナコ 日鉄 花子	昭平令 ○ ○ ◇ ◇ △ △	男 女	妻	○			なし・年金 給与収入 その他	円	1.入社 2.収入減 3.出生 4.退職 5.雇用保険受給終了 6.その他()	令和 ○ 年 ◇ 月 × 日	* 年 月 日
(フリガナ)	昭平令	男 女					なし・年金 給与収入 その他	円	1.入社 2.収入減 3.出生 4.退職 5.雇用保険受給終了 6.その他()	令和 年 月 日	* 年 月 日
(フリガナ)	昭平令	男 女					なし・年金 給与収入 その他	円	1.入社 2.収入減 3.出生 4.退職 5.雇用保険受給終了 6.その他()	令和 年 月 日	* 年 月 日
(フリガナ)	昭平令	男 女					なし・年金 給与収入 その他	円	1.入社 2.収入減 3.出生 4.退職 5.雇用保険受給終了 6.その他()	令和 年 月 日	* 年 月 日

【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 符 百 符 印