

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)
	(印)

平成 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 課・工場		職場(外線)
被保険者住所	〒		

氏名を本人自ら署名した場合の押印は不要

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	税扶養	*健保記入欄 (認定年月日)
							内 訳	平均月額 (税込)				
(フリガナ)	昭平 年 月 日	男					なし・年金 給与収入 その他	円	1.子の出生 2.収入減 3.退職 (結婚・出産・その他()) 4.雇用保険受給終了 5.その他()	平成 年 月 日	有 無	* 年 月 日
	個人番号											
(フリガナ)	昭平 年 月 日	男					なし・年金 給与収入 その他	円	1.子の出生 2.収入減 3.退職 (結婚・出産・その他()) 4.雇用保険受給終了 5.その他()	平成 年 月 日	有 無	* 年 月 日
	個人番号											
(フリガナ)	昭平 年 月 日	男					なし・年金 給与収入 その他	円	1.子の出生 2.収入減 3.退職 (結婚・出産・その他()) 4.雇用保険受給終了 5.その他()	平成 年 月 日	有 無	* 年 月 日
	個人番号											
(フリガナ)	昭平 年 月 日	男					なし・年金 給与収入 その他	円	1.子の出生 2.収入減 3.退職 (結婚・出産・その他()) 4.雇用保険受給終了 5.その他()	平成 年 月 日	有 無	* 年 月 日
	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。

※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。

(H29.1)

* 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印	(印)
--------------	-----

受付日付印