

# 健康保険 被扶養者(変更)申請書

太枠内の中をご記入ください

提出年月日：令和 年 月 日

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者の氏名（サイン）をご記入ください（押印可）

被保険者	被保険者等 記号・番号	(記号)	(番号)	所属事業所 (会社名)	
	氏名			連絡先 電話番号	( )
	住民票住所	〒			
	現住所	住民票と同住所	〒		
	住民票と同じ場合	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
配偶者有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	配偶者有の場合、収入が多いのは <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 配偶者		

申請事由	<input type="checkbox"/> 認定	〔 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 入社 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> その他( )〕				
	<input type="checkbox"/> 抹消	〔 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他( )〕				
	上記の該当年月日 平成・令和 年 月 日					

【添付書類】	◆認定の場合	①出生…「母子手帳のコピー」を添付 ※配偶者が被扶養者でない場合は、配偶者の「収入証明書」も添付が必要
		②出生以外…別紙「調査書」「生活費明細」「同居家族・勤務経歴」「申立書」を添付 ※記入できない・記入の必要がない場合は、未記入で提出ください
	◆抹消の場合	①就職…就職先健保組合発行「資格情報のお知らせ」コピーまたは、健康保険適用日が記載された「雇用契約書のコピー」を添付
		②死亡…「死亡診断書のコピー」のみ添付
<b>★抹消の場合は、保険証もしくは資格確認書を返却してください</b>		

扶養認定希望者						健康保険組合記入欄					
	フリガナ 氏名	性別	生年月日			続柄 (長男等)	職業 (高校生等)	認定・抹消 年月日			事由
配偶者		男・女	昭和・平成					平成・令和			
			年	月	日			年	月	日	
	住民票住所	〒				資格確認書発行可否					
		<input type="checkbox"/> 発行が必要									
配偶者以外①		男・女	昭和・平成・令和					平成・令和			
			年	月	日			年	月	日	
	住民票住所	〒				資格確認書発行可否					
		<input type="checkbox"/> 発行が必要									
配偶者以外②		男・女	昭和・平成・令和					平成・令和			
			年	月	日			年	月	日	
	住民票住所	〒				資格確認書発行可否					
		<input type="checkbox"/> 発行が必要									

※資格確認書の発行可否については、健保からご連絡する場合がございます。

(健保組合記入欄)

受付
----

決裁
----

健康保険組合		
常務理事	事務長	適用担当