

記入例

健康保険 被扶養者(変更)申請書

提出年月日の記入もれにご注意ください。

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) 7001	(番号) 12345678	所属事業所 (会社名)	株式会社***** ●●店
	氏名	健保太郎		連絡先 電話番号	045(123)4567
	住民票住所	〒123-4567 神奈川県横浜市*****1-2-3			
	現住所 住民票と同じ場合	住民票と同居所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 現住所が住民票住所と同じ場合は☑をしてください (異なる場合は現住所欄へ住所をご記入ください)。		
配偶者有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		配偶者有の場合、収入が多いのは <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 配偶者		

申請事由	<input checked="" type="checkbox"/> 認定 [「扶養認定に関する必要書類一覧」をご確認のうえ、ご記入ください] <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) 8年 **月 **日

◆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」のコピー
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

★有効期限内の資格確認書をお持ちの方は返却してください

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	
ケンボ ハナコ	男	昭和	平成	令和			平成・令和		
健保 花子	女	60	1	17	妻	主婦	年 月 日		
住民票住所 被保険者と 同じ場合	被保険者と 同居所	<input checked="" type="checkbox"/> 住民票住所が被保険者と同じ場合は☑をしてください (異なる場合は住民票所欄へ住所をご記入ください)。			資格確認書 発行可否 <input type="checkbox"/> 発行必要				
現住所 住民票と同じ場合	住民票と同居所	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所が住民票住所と同じ場合は☑をしてください (異なる場合は現住所欄へ住所をご記入ください)。			マイナンバーカードの保険証登録を していない場合は☑を入れてください。				
失業保険を受給しますか						<input checked="" type="checkbox"/> 受給する <input type="checkbox"/> 受給しない			
						平成・令和		年 月 日	
						昭和・平成・令和		年 月 日	
住民票住所 被保険者と 同じ場合	被保険者と 同居所	<input type="checkbox"/>			資格確認書 発行可否 <input type="checkbox"/> 発行必要				
現住所 住民票と同じ場合	住民票と同居所	<input type="checkbox"/>							

※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