

※太枠内全てをご確認のうえご記入ください。
※提出必要書類は、次項をご確認ください。

健康保険被扶養者届

被保険者等記号番号		被保険者氏名(戸籍氏名)		性別	被保険者生年月日		配偶者有無	被保険者職場名	
記号	番号	フリガナ	ケンボ イチロウ	☒ 男 ☐ 女	☐ 昭和 ☒ 平成	××年 3 月 21 日	☒ 有 ☐ 無	YKK株式会社●●製造部●●ライン	
1234	1234567	健保 一郎							
被保険者住所(住民票住所) フリガナ							E-mail	●●-×××@ykk.com	
〒(◆◆◆-◇◇◇◇) 被保険者(従業員)の「住民票住所」を記入							電話番号	×××-▼▼▼▼-△△△△	
フリガナ		性別	被扶養者生年月日	続柄 子是不可 長男・二男 等	住居 区分	被扶養者住所(住民票住所) (被保険者と同じ場合:同上で可)	職業	申請理由	申請事由が生じた日 「資格確認書」の交付可否
認定対象者(被扶養者)氏名									
ケンボ ハナコ		☐ 男 ☐ 女	☐ 令和 ☐ 平成 ☒ 昭和 ● 年 8 月 5 日 [個人番号] *****	母	☐ 同居 ☒ 別居	〒(◆◆◆-◇◇◇◇) 被扶養者の「住民票住所」を記入 電話番号()	無職	退職 したため	令和 ● 年 ● 月 ● 日 (注)「資格確認書」交付対象者 に該当する場合のみチェック⇒ ☐
健保 花子		☐ 男 ☐ 女	☐ 令和 ☐ 平成 ☐ 昭和 年 月 日 [個人番号] *****		☐ 同居 ☐ 別居	〒(-) 電話番号()			令和 年 月 日 (注)「資格確認書」交付対象者 に該当する場合のみチェック⇒ ☐
		☐ 男 ☐ 女	☐ 令和 ☐ 平成 ☐ 昭和 年 月 日 [個人番号] *****		☐ 同居 ☐ 別居	〒(-) 電話番号()			令和 年 月 日

以下(注)に該当する場合のみ、☒してください

【要確認】 該当する場合は、☐にチェックを入れご記入ください。

1. 私(被保険者)は、申請する上記家族の生計費を、概ね半分以上負担しています。 ⇒ ☒

2. 私(被保険者)と、申請する上記の家族以外に、世帯の中で収入のある家族がいます。 ⇒ ☒ その家族の続柄⇒ 妻
その家族の今後1年間に見込まれる収入額は約 240 万円です。

3. 健康保険資格取得証明書(※)は、健康ポータルサイト「健康の森」>「通知書・証明書」に掲載していますのでご確認ください
紙面交付を希望する場合は、YKK健康保険組合にご連絡ください。
※認定日の通知であり、こちらの証明書で医療機関を受診することはできません。

上記内容に相違なく、申請いたします。

YKK健康保険組合理事長 殿

被保険者氏名 健保 一郎

年 月 日

(押印省略可)

(注)「資格確認書」交付対象者

※マイナンバーカードを取得していない者(紛失した・更新中の者含む)
※要配慮者(高齢者や障害者で介助者等の第三者の補助が必要である者)
※マイナンバーカードを保有しているが保険証利用登録を行っていない者
「念のために持っておきたい」という理由では交付できません。

事業所の名称、所在地、事業主の氏名

健康保険組合記入欄
標準報酬月額
千円
扶養認定日

- 全て事実を記入してください。(万一、虚偽の申請により扶養認定を受けたことが判明した場合は、資格を遡って取消し、医療費等の給付金も遡及し返還していただきます。)
- 届出は、扶養事情が発生してから遅くとも1カ月以内に提出してください。1カ月を超過した場合は、認定要件を満たしていることが確認出来た日(受付日)が認定日となります。
- 被保険者との続柄は選択可能ですが、選択肢にない場合は記入してください。
- 住所は、住民票に登録のある住所を記入してください。
- 職業、申請理由は選択可能ですが、選択肢にない場合は記入してください。(実態、状況が分かるよう記入してください。)

・「資格情報のお知らせ」(マイナ保険証を使用出来ない一部の医療機関を受診する際に必要)は扶養認定処理完了後、健康ポータルサイト「健康の森」>「通知書・証明書」に掲載します。

・「資格確認書」は紙面A4による交付となります。今後、マイナ保険証への切替えをご検討ください。

※ご記入いただいた個人情報は、健康保険に関する手続きにのみ利用させていただきます。

健康保険組合
受付印