

健康保険 被扶養者（異動）届

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|--|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----|-----|--|--|--|--|
| 事業主記入欄 | 令和 年 月 日 | | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">常務理事</td> <td style="width: 25%;">事務長</td> <td style="width: 25%;">係員</td> <td style="width: 25%;">担当者</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | | 常務理事 | 事務長 | 係員 | 担当者 | | | | |
| | 常務理事 | 事務長 | 係員 | 担当者 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | 被保険者からの届出であることを確認しました。 〒 - | | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> 確認者 (担当者印) </td> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 被保険者本人の届出意思を確認しました。 上記に☑がある場合は、被保険者本人の押印を省略することができます。 </td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> </tr> </table> | | | | 確認者 (担当者印) | <input type="checkbox"/> 被保険者本人の届出意思を確認しました。 上記に☑がある場合は、被保険者本人の押印を省略することができます。 | | | | | | |
| 確認者 (担当者印) | <input type="checkbox"/> 被保険者本人の届出意思を確認しました。 上記に☑がある場合は、被保険者本人の押印を省略することができます。 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 | | | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">健保受付印</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table> | | 健保受付印 | | | | | | | | | |
| 健保受付印 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業主氏名 | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | () () () () () () | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|----------|------------------------------|---------|--------------------------|-----|------|----------|----|-----|
| 被保険者・届出者 | 被保険者記号 | (フリガナ) | | | 生年月日 | 昭和 年 月 日 | 性別 | 男 女 |
| | 氏名 | (氏) (名) | | | 平成 | | | |
| | 被保険者番号 | 被保険者住所 | <input type="checkbox"/> | 〒 - | | | | |
| | 登録するメールアドレス (健保からのお知らせが届きます) | | @ | | | | | |

皆さんが加入している健保組合の財源は、皆さんと事業主からいただいている保険料です。皆さんと家族の健康維持のために、予防事業として「被保険者の皆さんへ」健（検）診等を実施していますので、積極的に参加し、医療費の節減に協力してください。なお、一部の給付および家族健診やがん検診等の補助金は、在籍中に限り、事業主を通じて被保険者にお支払いします。

| | | | | | | | | | | |
|-------------|------------------------------|-----------------------------------------|----------|--------------|--------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------|---------------------|------------|-----|
| 被扶養配偶者 | 氏名 | (フリガナ) | | | 続柄 | | 生年月日 | 昭和 年 月 日 | 性別 | 男 女 |
| | 氏名 | (氏) (名) | | | | | 平成 | | | |
| | マイナンバー | 新しく被扶養者になるとき、または新たに被扶養者になるときのみ記入してください。 | | | 同居別居の別 | 同居 別居 | <input type="checkbox"/> | 〒 - | 別居の場合はその住所 | |
| | 登録するメールアドレス (健保からのお知らせが届きます) | | @ | | | | | | | |
| 健保組合認定日 | 令和 年 月 日 | 被扶養者になった日 | 令和 年 月 日 | 扶養の理由 | 配偶者の就職 離職 収入減 その他 | 被扶養者の職業 | | 被扶養者の収入 | | |
| 被扶養者でなくなった日 | 令和 年 月 日 | 保険証回収日 | 令和 年 月 日 | 被扶養者でなくなった理由 | 就職 (就職日 R 年 月 日) 死亡 (死亡日 R 年 月 日) 後期高齢者 (75歳の誕生日 R 年 月 日) その他 (R 年 月 日) | 削除証明書 | <input type="checkbox"/> | 証明書が必要な場合レ点をしてください。 | | |
| 健保組合削除日 | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|-------------|------------------------------|-----------------------------------------|----------|--------------|--------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------|---------------------|------------|-----|
| その他被扶養者1 | 氏名 | (フリガナ) | | | 続柄 | | 生年月日 | 昭和 年 月 日 | 性別 | 男 女 |
| | 氏名 | (氏) (名) | | | | | 平成 令和 | | | |
| | マイナンバー | 新しく被扶養者になるとき、または新たに被扶養者になるときのみ記入してください。 | | | 同居別居の別 | 同居 別居 | <input type="checkbox"/> | 〒 - | 別居の場合はその住所 | |
| | 登録するメールアドレス (健保からのお知らせが届きます) | | @ | | | | | | | |
| 健保組合認定日 | 令和 年 月 日 | 被扶養者になった日 | 令和 年 月 日 | 扶養の理由 | 配偶者の就職 離職 出生 その他 | 被扶養者の職業 | | 被扶養者の収入 | | |
| 被扶養者でなくなった日 | 令和 年 月 日 | 保険証回収日 | 令和 年 月 日 | 被扶養者でなくなった理由 | 就職 (就職日 R 年 月 日) 死亡 (死亡日 R 年 月 日) 後期高齢者 (75歳の誕生日 R 年 月 日) その他 (R 年 月 日) | 削除証明書 | <input type="checkbox"/> | 証明書が必要な場合レ点をしてください。 | | |
| 健保組合削除日 | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|-------------|------------------------------|-----------------------------------------|----------|--------------|--------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------|---------------------|------------|-----|
| その他被扶養者2 | 氏名 | (フリガナ) | | | 続柄 | | 生年月日 | 昭和 年 月 日 | 性別 | 男 女 |
| | 氏名 | (氏) (名) | | | | | 平成 令和 | | | |
| | マイナンバー | 新しく被扶養者になるとき、または新たに被扶養者になるときのみ記入してください。 | | | 同居別居の別 | 同居 別居 | <input type="checkbox"/> | 〒 - | 別居の場合はその住所 | |
| | 登録するメールアドレス (健保からのお知らせが届きます) | | @ | | | | | | | |
| 健保組合認定日 | 令和 年 月 日 | 被扶養者になった日 | 令和 年 月 日 | 扶養の理由 | 配偶者の就職 離職 出生 その他 | 被扶養者の職業 | | 被扶養者の収入 | | |
| 被扶養者でなくなった日 | 令和 年 月 日 | 保険証回収日 | 令和 年 月 日 | 被扶養者でなくなった理由 | 就職 (就職日 R 年 月 日) 死亡 (死亡日 R 年 月 日) 後期高齢者 (75歳の誕生日 R 年 月 日) その他 (R 年 月 日) | 削除証明書 | <input type="checkbox"/> | 証明書が必要な場合レ点をしてください。 | | |
| 健保組合削除日 | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | |