

健康保険被扶養者届

令和 年 月 日 提出

被保険者情報	記号	番号	氏名		(フリガナ)	住民票表示の住所	〒 ー 都・道府・県					
	配偶者の有無	あり なし	事業所名称	所属		連絡先電話番号	※内線不可					
扶養申請家族についてご記入ください	区分	氏名 生年月日	枝番	性別	続柄	今後の収入の予定	収入予定が「有」の場合収入の種類	異動日・申請事由	住居	住所(被保険者と同じ場合は記入不要です) 個人番号(削除申請の場合は記入不要です)	認定日又は 削除日	※証書等処理
	増・減	フリガナ		男・女	(第 子)	有・無	給与・事業収入 年金・失業給付 その他	令和 年 月 日 事由	同居・別居	〒 □対象者の個人番号がカードと相違ない場合レ点を入れてください 資格確認書の発行希望 <input checked="" type="checkbox"/>	令和	交付・回収 ()
	増・減	フリガナ		男・女	(第 子)	有・無	給与・事業収入 年金・失業給付 その他	令和 年 月 日 事由	同居・別居	〒 □対象者の個人番号がカードと相違ない場合レ点を入れてください 資格確認書の発行希望 <input checked="" type="checkbox"/>	令和	交付・回収 ()
	増・減	フリガナ		男・女	(第 子)	有・無	給与・事業収入 年金・失業給付 その他	令和 年 月 日 事由	同居・別居	〒 □対象者の個人番号がカードと相違ない場合レ点を入れてください 資格確認書の発行希望 <input checked="" type="checkbox"/>	令和	交付・回収 ()
事業主証明欄	令和 年 月 日					事業主証明欄		配偶者扶養 本・配		被保険者の月額収入見込額		
	事業所所在地	事業所名称			事業主名		退職日・事業廃止日		雇保受給終了日			
	事業主担当者確認 申請者(被保険者)が作成したものである <input type="checkbox"/>					※健保記入欄		住民票・戸籍謄本(全部事項証明)・戸籍抄本(個人事項証明)・退職証明書		離職票・雇用保険受給資格者証・() 確認済		
								年間収入		円		

- 注) 1. **太枠内**の各項目について記入し**申請事由発生の日から原則5日以内に申請してください**。ただし、遅延する理由が明らかに分かる場合は30日以内に申請して下さい。
 2. 申請事由欄には、扶養するようになった又はされなくなった事由(結婚・出生・離職・離婚・死亡・就職等)。異動日欄には事由発生の日を必ず記入してください。
 3. 添付書類は、ホームページでご確認のうえ取り揃えてください。なお、添付書類に不備がある場合や届出内容に記入漏れがある場合は受付できません。
 (任意継続被保険者の方は健保組合へ郵送してください)
 4. 第1子出生の場合に育児冊子を記載住所宛郵送させていただいております。(4歳到達まで)
 5. 削除手続きの際は、加入先健康保険組合(国保加入者を除く)の**資格取得年月日を含めた資格情報が確認できる書類の写し**(資格情報のお知らせ・資格確認書・マイナポータル資格情報)を添付してください。また、削除対象者に**資格確認書が交付されている場合は必ず添付**して返却してください。
 6. 提出された申請書は返却できません。内容を修正する場合は新たに作成していただくことになります。

常務理事	事務長	主任	担当	処理
				IP 赤ママ