

健康保険被扶養者異動届 (増)

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|----|--|--------------------------------|----|------------|----|-----|
| 被 保 険 者 記 入 欄 | 氏名 No. | | 分室 | | 所属 | | 被保険者証 | | |
| | | | | | | | 記号 | 番号 | |
| | フリガナ | | | | 性別 | 続柄 | 生年月日 | | |
| | 家族氏名 | | | | | | □昭□平 年 月 日 | | |
| | 家族個人番号 (12 ケタ) | | | | | | 異動年月日 | | |
| | | | | | | | 平成 | 年 | 月 日 |
| | 住 所 (都道府県から記入) | | | | | | | | |
| | (〒 -) □同居 □別居 | | | | | | | | |
| | 異動理由 | <input type="checkbox"/> 1. 出生 <input type="checkbox"/> 2. 結婚 <input type="checkbox"/> 3. 退職 (失業給付金を受給中の場合は受給終了後に申請して下さい) <input type="checkbox"/> 4. 失業給付金受給終了 <input type="checkbox"/> 5. その他 () <input type="checkbox"/> 6. 任意継続被保険者の資格喪失 | | | | | | | |
| | 医療費助成制度の有無 | | | | □1. あり → 下記の内容について記入 □2. なし | | | | |
| 受給資格のある助成制度 | | | | 受給資格期間 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> (1) 老人医療費助成制度 <input type="checkbox"/> (2) 障害者医療費助成制度 <input type="checkbox"/> (3) ひとり親家庭医療費助成制度 <input type="checkbox"/> (4) 特定疾患医療費助成制度 | | | | (年は邦暦で記入下さい) ____年__月__日から 入・通院 ____年__月__日まで 入院のみ ____年__月__日まで | | | | | |
| ※ 転居や制度の変更などにより上記の受給内容に変更が生じた場合は、健保組合へ必ずご連絡下さい。 | | | | | | | | | |
| 上記のとおり被扶養者の異動を申請いたします。 平成 年 月 日 被保険者 住所 (〒 -) 氏名 (戸籍名) _____ 印 _____ (添付書類) 被扶養者認定申請書(高校生以下の方を被扶養者として申請される場合は不要) ただし、異動理由が出生の場合で、配偶者があなたの被扶養者でない場合は配偶者の所得証明書(源泉徴収票等)を添付してください。【原則、収入が多い方の扶養となるため】 | | | | | | | | | |

※被保険者記入欄のみご記入ください。

| | | | |
|--------|---------------------|---------------------|--------------------|
| 事業主の証明 | 上記記載事項に相違ないことを証明します | 所在地 事業所 事業主氏名 | 事業主受付 印 |
| | | | |

| | | | | | | | | |
|-----------|---|------|----|---|----------|--|----------|--|
| 健康保険組合処理欄 | 健康保険被扶養者認定可否伺 | | | | 備考 | | 被保険者証記入 | |
| | 上記健康保険被扶養者異動届 (増) により被扶養者として認定の可否を伺います。 | | | | 健康保険組合受付 | | 健保 MC 登録 | |
| | 可 ・ 否 | | | | | | 登録リスト照合 | |
| | 理事長 | 常務理事 | 主任 | 係 | | | 所得税確認 | |