

健康保険 被扶養者(異動増)届

増

届出年月日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

記号・番号 (保険証左上に記載)	999 - 9999	事業所名	○○○○株式会社
私は別紙『被扶養者認定基準』を十分に理解した上で届出を行い、基準に適合しなくなった場合には速やかに被扶養者資格喪失の手続きをいたします。基準に適合しなくなったにも関わらず保険給付を受けた場合には、私はその返納を行なうことを誓約いたします。			配偶者の有無
被保険者氏名 健保 弘志 (印)			(有) ・ 無
住民票住所	〒 999 - 9999 ○○ 都・道府県 ○○市 ○○ 9-9-9		TEL 999 - 9999 - 9999
居所住所	※上記住民票住所と異なる場所にお住いの方は、ご記入ください。 〒 888 - 8888 ×× 都・道府県 ××市 ×× 8-8-8		TEL 888 - 8888 - 8888

認定対象者氏名		生年月日			年齢	性別	続柄						
フリガナ	ケンポ ハナコ	<input type="checkbox"/> 昭和	○	年	○	月	○	日	○	歳	<input type="checkbox"/> 男	例:長男、養女	
	健保 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 平成	○	年	○	月	○	日	○	歳	<input checked="" type="checkbox"/> 女	妻	
		<input type="checkbox"/> 令和										父母の場合 配偶者 有・無	
被保険者との世帯関係	<input type="checkbox"/> 同世帯 別世帯 <	<input type="checkbox"/> 単身赴任	別世帯の場合 住民票住所			〒 999 - 9999 ○○市○○ 9-9-9							
異動増理由発生日		職業/学年			今後の年間収入額								
令和	△	年	△	月	△	日	<input checked="" type="checkbox"/> 無職・専業主婦 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生(学年:) <input type="checkbox"/> その他()			0			円
異動増理由(記入必須)													
<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 退職 → 雇用保険を (<input type="checkbox"/> 申込み済 ・ <input type="checkbox"/> これから申込む ・ <input type="checkbox"/> 受給延長する ・ <input type="checkbox"/> 受給しない) <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者入社に伴う届出 <input type="checkbox"/> その他 ()													
備考	健保 処理欄		認定日	令和		年		月		日			

認定対象者氏名		生年月日			年齢	性別	続柄						
フリガナ	ケンポ モモコ	<input type="checkbox"/> 昭和	×	年	×	月	×	日	×	歳	<input type="checkbox"/> 男	例:長男、養女	
	健保 もも子	<input type="checkbox"/> 平成	×	年	×	月	×	日	×	歳	<input checked="" type="checkbox"/> 女	長女	
		<input checked="" type="checkbox"/> 令和										父母の場合 配偶者 有・無	
被保険者との世帯関係	<input type="checkbox"/> 同世帯 別世帯 <	<input type="checkbox"/> 単身赴任	別世帯の場合 住民票住所			〒 333 - 3333 ○○市○○ 9-9-9							
異動増理由発生日		職業/学年			今後の年間収入額								
令和	△	年	△	月	△	日	<input checked="" type="checkbox"/> 無職・専業主婦 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生(学年:) <input type="checkbox"/> その他()			0			円
異動増理由(記入必須)													
<input checked="" type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 退職 → 雇用保険を (<input type="checkbox"/> 申込み済 ・ <input type="checkbox"/> これから申込む ・ <input type="checkbox"/> 受給延長する ・ <input type="checkbox"/> 受給しない) <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了 <input type="checkbox"/> 被保険者入社に伴う届出 <input type="checkbox"/> その他 ()													
備考	健保 処理欄		認定日	令和		年		月		日			

健 保 組 合	
決 裁	処 理

健保受付

事業所	
責任者	担当