

被扶養者届(異動届)記入例

◎扶養家族が増えたり減ったりしたときに提出してください。

文書メール番号を記入してください。

適 03

「届は2部提出」必要事項をすべて記入後、1部複写し被保険者氏名欄に2部とも提出してください。扶養削除の場合、該当者の被保険者証を添付してください。

被保険者のメールNo -

下記のとおり相違ないことを証明します。
平成 年 月 日

健康保険被扶養者届(異動届)

所在地

事業主 名称

氏 名

印

日本電気健康保険組合

印

提出日する日を必ず記入してください。

複写なので2枚に押印してください。氏名をそれぞれ自署したときは省略することができます。

国や市区町村から保険診療の自己負担分について助成を受けられる資格がある場合には○を付けてください。

新規扶養の場合に記入してください。

扶養からぬける場合に記入してください。死亡の場合は、死亡年月日を記入してください。

被保険者証	記号						資格取得年月日		事業所(所属)		被保険者現住所		フリガナ		平成 〇年 〇月 〇日提出																			
	〇	〇	〇	0	1	2	3	4	5	6	昭	平	〇	年	〇	月	〇	日																
被保険者証	〇	〇	〇	0	1	2	3	4	5	6	昭	平	〇	年	〇	月	〇	日																
フリガナ	ケンボ イチロウ						性別	男	続柄	父	生年月日	昭平 25.1.8	※1 認定または削除年月日	ナシ	現住所	〒169-0073 東京都新宿区百人町1-1	職業または勤務先	ナシ	年収見込(具体的)	万円 130(年金)	※2 所得税扶養控除	有・無	有・無	公費負担受給	有・無	廃業または退職会社名	山川電気株式会社退職	同上電話番号	03(1234)1234	廃業退職年月日	平成22年3月30日	備考	医療費の公費負担 老人福祉法	
被扶養者になる者	ケンボ ハナコ						性別	女	続柄	妻	生年月日	昭平 〇.〇.〇	※1	ナシ	現住所	〒150-0031 東京都△△区〇〇町XX-X	職業または勤務先	ナシ	年収見込(具体的)	万円 70	※2	有・無	有・無	有・無	〇△△株式会社退職	平成××年×月×日	備考	扶養控除は 来年から						
被扶養者になる者	ケンボ サチコ						性別	女	続柄	長女	生年月日	昭平 〇.〇.〇	※1	ナシ	現住所	同上	職業または勤務先	ナシ	年収見込(具体的)	万円 ナシ	※2	有・無	有・無	有・無									出生	
被扶養者になる者							性別		続柄		生年月日	昭平 . . .	※1		現住所		職業または勤務先		年収見込(具体的)	万円 . . .	※2	有・無	有・無	有・無										
被扶養者になる者							性別		続柄		生年月日	昭平 . . .	※1		現住所		職業または勤務先		年収見込(具体的)	万円 . . .	※2	有・無	有・無	有・無										
から除く者	ケンボ カズオ						性別	男	続柄	父	生年月日	昭平 〇.〇.〇	※1	ナシ	現住所	〒150-0031 東京都△△区〇〇町XX-X	職業または勤務先		年収見込(具体的)	万円 200(年金)														
から除く者							性別		続柄		生年月日		※1		現住所		職業または勤務先		年収見込(具体的)	万円 . . .														

提出 被保険者→事業主→健康保険組合(任意継続者は被保険者→健康保険組合)

注 事業主=勤務先の健保担当部門(人事・勤労・総務等)

※1は健康保険組合の記入欄

※2は事業主の記入欄

申請時から向こう1年間の収入の見込み額を記入してください。

組合処理	入力	証	マネージャー	主任	担当	受付年月日

事業主(会社) 記入欄

HP0507T01(2005年 7月27日 本書式改訂)

出生及び移籍以外の扶養申請には認定何もあわせて提出してください。

出生及び移籍以外は被扶養者届、その他書類一式が健康保険組合に届いた日が原則として認定日になります。

※「健康保険のしくみ/健康保険を正しく利用するために/公費負担の医療を受けるとき」参照