記入見本

健康保険被扶養者異動届（増）

家族が増えたときは２週間以内に届け出て下さい。
（ただし異動理由が「失業給付受給終了」および「退職」の場合は、30 日以内）
注）期限を過ぎると健保組合が届けを受理した日が認定日となります。

被保険者記入欄

1.氏名No.	2.被保険者証			
××××××	記号	××	番号	××××××

3.会社名	事業所	所属
×××	×××	×××

被扶養者異動欄

4.ﾌﾘｶﾞﾅ	ｹﾝﾎﾟ ﾊﾅｺ	性別	続柄	生年月日
家族氏名	健保 花子	女	妻	☒昭□平□令 58 年 6 月 1 日

5.家族個人番号（12ｹﾀ）※Eﾒｰﾙで提出する方は記入不要	6.異動年月日
	令和 3 年 5 月 1 日

7.住所（都道府県から記入）	
（〒541 - 0045） 大阪府大阪市中央区道修町 4-7-6	☒同居 □別居

8.異動理由	
	□1. 出生 □2. 結婚 □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） ☒4. 失業給付金受給終了 □5. その他（ ） □6. 任意継続被保険者の資格喪失

9.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

10.受給資格のある助成制度	11.受給資格期間
□ (1) 老人医療費助成制度 □ (2) 障害者医療費助成制度 □ (3) ひとり親家庭医療費助成制度 □ (4) 特定疾患医療費助成制度	（年は和暦で記入下さい） ＿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。

12.上記のとおり被扶養者の異動を申請いたします。

令和 3 年 5 月 1 日被保険者　住所（〒541 - 0045）大阪府大阪市中央区道修町 4-7-6
氏名（戸籍名）健保 一郎

（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）を添付して下さい。
【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。

13. 事業主受付

14. 健康保険組合処理欄

健康保険被扶養者認定可否伺				備考	登録		
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 。 可 ・ 否				健康保険組合受付			
理事長	常務理事	主任	係				

以下の番号に従い該当箇所を記入して下さい。

1. 被保険者（あなた）の「氏名 No」を記入。
2. 保険証の「記号」「番号」を記入。
3. 「会社名」「事業所」「所属」を記入
4. 認定を受ける家族の「ﾌﾘｶﾞﾅ」「（戸籍上の）氏名」「性別」「続柄（妻・長男・長女等）」「生年月日」を記入。
5. 認定を受ける家族の個人番号（マイナンバー）を記入ください。
Eメールで提出する場合、出生でまだ個人番号が不明の場合は記入不要です。お渡しする用紙で後日届け出てください。
6. 「異動年月日（扶養の事実発生日）」を記入。退職の場合は退職日の翌日。失業給付金受給終了の場合は受給終了日（認定期間の最後の日）の翌日を記入ください。
7. 認定を受ける家族の「住所」を記入。あなたが認定を受ける家族と同居している場合は「同居」に、別居している場合は「別居」にチェック。
8. 該当するものにチェック
※異動理由がその他の場合は、（ ）内に理由を記入。
9. 認定を受ける家族が国・都道府県・市区町村の医療費助成制度（10.（1）～（4））を受給している場合は「１．あり」に、受給していない場合は「２．なし」にチェック。
10. 上記 9.で「１．あり」にチェックした方のみ記入。認定を受ける家族に該当する助成制度を（１）～（４）のいずれかにチェック。
※乳幼児医療費助成制度については、記入不要です。（9. は 2. なしにチェック）
11. 上記 9.で「１．あり」にチェックした方のみ記入。上記 10.でチェックした医療費助成制度の「受給資格期間」を記入。「受給資格期間」については国・都道府県・市区町村より受け取られた医療証を参照。
12. 異動届（増）を記入した「年月日」、あなたの「住所」「氏名」を記入。
13. 14. 記入不要。