

正

健康保険被扶養者（異動）届

令和 年 月 日 提出

宣誓：私の家族を健康保険の被扶養者として申請するにあたり、事実に基づいており虚偽が無いことを申し出ます。
事実と異なる事象が判明した場合は、扶養認定日に遡って扶養削除することに同意し、使用した保険診療分を返還します。

決 裁			
常務理事	事務長		担当者

被 保 険 者	記号 番号	氏名	男・女	生年 月日	昭・令 平	年	月	日	個人番号 (12桁)				
	住所 住民票	〒			居 所	住民票と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 【住民票と異なる場合は記入】							
	※資格取得年月日	昭・令 平	年	月	日	※この届出を出す際 の標準報酬月額		千円	被保険者の年間収入 (見込額)		円		

氏 名	性 別	生年月日	続 柄	職 業	年間収入 見込	年金受給の有無 (有の場合は年金額 を記入してください)	同居 別居 の別	扶養開始また は終了の理由	扶養開始または終了の 年月日 (健保決定欄)	居所 (住民票と異なる場合は記入)	
										住民票と 同じ <input checked="" type="checkbox"/>	個人番号 (扶養開始時のみ記入)
(フリガナ)	男・女	昭 平 令 (歳)			円	有・無 円	同 ・ 別	始 ・ 終	年 月 日	住民票と 同じ <input checked="" type="checkbox"/>	〒
(フリガナ)	男・女	昭 平 令 (歳)			円	有・無 円	同 ・ 別	始 ・ 終	年 月 日	住民票と 同じ <input checked="" type="checkbox"/>	〒
(フリガナ)	男・女	昭 平 令 (歳)			円	有・無 円	同 ・ 別	始 ・ 終	年 月 日	住民票と 同じ <input checked="" type="checkbox"/>	〒
(フリガナ)	男・女	昭 平 令 (歳)			円	有・無 円	同 ・ 別	始 ・ 終	年 月 日	住民票と 同じ <input checked="" type="checkbox"/>	〒

〒

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号

令和 年 月 日
H.U.グループ健康保険組合理事長

受付日付印

- 注意 事項
- 1. ※印欄は記入しないでください。
 - 2. 健康保険組合へ被扶養者の異動を申請するときは、被保険者が本人確認を行ったうえで個人番号(マイナンバー-12桁)を必ず記入してください(但し扶養開始時のみ)。
 - 3. 続柄欄には「夫」、「妻」、「父」、「母」、「長男」、「二男」、「長女」、「二女」、「祖父」、「祖母」など、詳細に記入してください。
 - 4. 職業欄には「主婦」、「年金受給者」、「小学生」、「中学生」、義務教育卒業以上の場合は「高校〇年」、「パート」等と記入してください。
 - 5. 年間収入見込欄には、非課税対象となる年金(障害・遺族)、失業給付、傷病手当金等も含まれます。
 - 6. 理由欄には扶養になった或いはならなくなった理由として、結婚、出生、失業、養子縁組、就職、収入増、後期高齢者該当、死亡等、事実を具体的に記入してください。



健康保険被扶養者（異動）届

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者	記号 番号	氏名	男・女	生年 月日	昭・令 平	年	月	日		
	住所 住民票	〒			住所	住民票と同じ (☑) 【住民票と異なる場合は記入】				
※資格取得年月日		昭・令 平	年	月	日	※この届出を出す際 の標準報酬月額		千円	被保険者の年間収入 (見込額) 円	

被 扶 養 者	氏 名 <small>(フリガナ)</small>	性 別	生年月日 <small>(昭・令平)</small>	続 柄	職 業	年 間 収 入 見 込 円	年 金 受 給 の 有 無 <small>(有の場合は年金額 を記入してください)</small>	同 居 別 居 の 別	扶 養 開 始 ま た は 終 了 の 理 由	扶 養 開 始 ま た は 終 了 の 年 月 日 <small>(健保決定欄)</small>	居 所 <small>(住民票と異なる場合は記入)</small>	
											住 民 票 と 同 じ ☑ <input type="checkbox"/>	〒
		男・女	昭 平 令 年 月 日 (歳)			円	有・無 円	同・別	始・終	年 月 日	住 民 票 と 同 じ ☑ <input type="checkbox"/>	〒
		男・女	昭 平 令 年 月 日 (歳)			円	有・無 円	同・別	始・終	年 月 日	住 民 票 と 同 じ ☑ <input type="checkbox"/>	〒
		男・女	昭 平 令 年 月 日 (歳)			円	有・無 円	同・別	始・終	年 月 日	住 民 票 と 同 じ ☑ <input type="checkbox"/>	〒
		男・女	昭 平 令 年 月 日 (歳)			円	有・無 円	同・別	始・終	年 月 日	住 民 票 と 同 じ ☑ <input type="checkbox"/>	〒

上記のとおり(認定・削除)しましたので通知します。

〒
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号

令和 年 月 日
H.U. グループ健康保険組合理事長

受付日付印

- （ 1. ※印欄は記入しないでください。
注 2. 健康保険組合へ被扶養者の異動を申請するときは、被保険者が本人確認を行ったうえで個人番号（マイナンバー-12桁）を必ず記入してください（但し扶養開始時のみ）。
 3. 続柄欄には「夫」、「妻」、「父」、「母」、「長男」、「二男」、「長女」、「二女」、「祖父」、「祖母」など、詳細に記入してください。
事 4. 職業欄には「主婦」、「年金受給者」、「小学生」、「中学生」、義務教育卒業以上の場合は「高校〇年」、「パート」等と記入してください。
 5. 年間収入見込欄には、非課税対象となる年金（障害・遺族）、失業給付、傷病手当金等も含まれます。
 6. 理由欄には扶養になった或いはならなくなった理由として、結婚、出生、失業、養子縁組、就職、収入増、後期高齢者該当、死亡等、事実を具体的に記入してください。