

任意継続申出時

任意継続被保険者
健康保険被扶養者（異動）届（兼 資格確認書交付申請書）

令和 〇 年 〇 月 〇 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、事実に基づいた性別や生年月日などの選択項目は、
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なります。
該当するものに〇印を記入

決 裁			
常務理事	事務長		担当者
被保険者の個人番号(マイナンバー12桁)を記入			
個人番号(12桁)	●●●●●●●●	●●●●●●●●	●●●●●●●●
被保険者の住民票の住所と居所が異なる場合は、こちらに居所も記入			
住所	〒 190 - 0012 東京都立川市曙町2-37-7 コアシティ立川1201		
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	記入不要	日
標準報酬月額	千円	記入不要	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	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)	資格確認書の発行	居所(住民票と異なる場合は記入)	
										住民票と	個人番号(扶養開始時のみ記入)
立川 大介	男	昭平 〇年〇月〇日 (〇歳)	長男	無し	0 円	同	任意継続資格取得	〇	必要・不要	住民票と 同じ <input checked="" type="checkbox"/>	個人番号 〇
立川 花代	女	昭平 〇年〇月〇日 (〇歳)	妻	パート	90万 円	同	任意継続資格取得	〇	必要・不要	住民票と 同じ <input checked="" type="checkbox"/>	個人番号 〇
立川 友蔵	男	昭平 〇年〇月〇日 (〇歳)	父	無し 年金受給者	140万 円	同	任意継続資格取得	〇	必要・不要	住民票と 同じ <input type="checkbox"/>	個人番号 ●●●●-●●●● ●●●●●●-●●●●
立川 スエ	女	昭平 〇年〇月〇日 (〇歳)	母	無し 年金受給者	60万 円	同	任意継続資格取得	〇	必要・不要	住民票と 同じ <input type="checkbox"/>	個人番号 ●●●●●●-●●●●

令和 〇 年 〇 月 〇 日 受付日付印

H.U. グループ健康保険組合理事長

(注意事項)

- ※印欄は記入しないでください。
- 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)。
- 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。
- 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。
- 年間収入見込欄には非課税対象となる収入(交通費や障害年金、遺族年金)や、傷病手当金、失業給付等も含めて記入してください。
- 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。
- 資格確認書は下記の理由に限り発行します。該当する場合は、資格確認書発行欄の理由番号を〇で囲んでください。
【発行理由】①マイナンバーカードを紛失した ②マイナンバーカードの更新手続中 ③マイナ保険証による受診には第三者(介助者など)のサポートが必要 ④マイナンバーカードを作っていない ⑤マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていない ⑥マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れている ⑦マイナンバーカードを返納した

扶養の削除・追加時

任意継続被保険者

健康保険被扶養者（異動）届（兼 資格確認書交付申請書）

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、事実に基づいた性別や生年月日などの選択項目は、**該当するものに○印を記入**します。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なります。

決 裁		
常務理事	事務長	担当者
被保険者の個人番号(マイナンバー12桁)を記入		

記号番号	記入不要	氏名	立川 太朗	男・女	男	生年月日	平 ●年 ●月 ●日	個人番号(12桁)	●●●●●●●●●●●●
住所	〒 190 - 0012 東京都立川市曙町2-37-7 コアシティ立川1201	居所	住民票と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 【住民票と異なる場合は記入】	被保険者の年間収入(見込額)	●, ●●●, ●●●● 円				
※資格取得年月日	昭・令 平	記入不要	※この届出を出す際の標準報酬月額	記入不要	千円				

被保険者の住民票の住所と居所が異なる場合は、こちらに居所も記入

氏名	性別	生年月日	続柄	職業	年間収入見込	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)	資格確認書の発行	居所(住民票と異なる場合は記入)	
										個人番号(扶養開始時のみ記入)	個人番号
立川 大介	男	●年 ●月 ●日 (●歳)	長男	会社員	300 円	同	就職	●年 ●月 ●日	必要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/>	住民票と 同じ <input checked="" type="checkbox"/>	被扶養者の 住民票の住所と居所が ・同じ場合は、口に✓を記入 ・異なる場合は、居所を記入
立川 康子	女	●年 ●月 ●日 (●歳)	長女	無し	0 円	同	失業	●年 ●月 ●日	必要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/>	住民票と 同じ <input checked="" type="checkbox"/>	被扶養者の 個人番号(マイナンバー12桁)を記入
立川 花代	女	●年 ●月 ●日 (●歳)	妻	パート	150万 円	同	収入増	●年 ●月 ●日	必要 <input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/>	住民票と 同じ <input checked="" type="checkbox"/>	
	女	●年 ●月 ●日 (●歳)			円	同		●年 ●月 ●日	必要 <input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/>	住民票と 同じ <input checked="" type="checkbox"/>	

記入しないでください
資格確認書の発行が必要な場合は、発行理由番号を○で囲む

【扶養削除時の添付書類】
 ①削除となる被扶養者の「H.U.グループ健康保険組合が発行している各証」
 ②他の保険者に加入したことにより削除をする場合は、加入先が発行した「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」のコピー

【扶養追加時の添付書類】
 被保険者本人に経済的扶養能力があるかの証明を示していただく為、別途書類が必要となります。(ホームページTOP_扶養書類早わかりチャート参照)

～詳細は健保組合までお尋ねください～

- (注意事項)
- ※印欄は記入しないでください。
 - 健康保険組合へ被扶養者の異動を申請するときは、被扶養者本人が健康保険組合に加入していることを証明してください。
 - 続柄欄には「夫」、「妻」、「父」、「母」、「長男」、「長女」を記入してください。
 - 職業欄には「主婦」、「年金受給者」、「小学生」、「中学生」を記入してください。
 - 年間収入見込欄には非課税対象となる収入(交通費や障害年金等)を除いた収入を記入してください。
 - 理由欄には扶養になった或いはなくなった理由として「収入増」、「収入減」、「退職」、「死亡」、「転居」を記入してください。
 - 資格確認書は扶養開始において、下記の理由に限り発行されます。

【発行理由】①マイナンバーカードを紛失した ②マイナンバーカードの交付が完了していない ③マイナンバーカードの交付が完了しているが、健康保険証利用登録を行っていない ④マイナンバーカードの有効期限が切れている ⑤マイナンバーカードを返納した