

【正】

# 健康保険被扶養者(新規・異動)届

電線工業健康保険組合理事長 殿

年 月 日 提出

下記のとおり相違ありません。

事業所 所在地

名称

事業主 氏名

印

※健保使用欄

常務理事		部		担当者	
		長			

この届の記入事項は事実に相違ありませんので届出します。

健康保険被保険者証	記号	番号	被保険者氏名	性別	男	女	生年月日	昭平	年	月	日	標準報酬月額	千円
資格取得年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	現住所	〒					配偶者の有無	有 無 (未婚・離婚・死別)	
増減区分	フリガナ氏名	性別	生年月日	続柄(くわしく)	届出の理由	現住所				記入しないで下さい (健康保険組合記入欄)			
増・減		男・女	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日		〒				認定 年月日 抹消			
個人番号 (増の場合のみ記入)				当該届出書の提出 年1月1日の住所	同上	〒				備考			
増減区分	フリガナ氏名	性別	生年月日	続柄(くわしく)	届出の理由	現住所				記入しないで下さい (健康保険組合記入欄)			
増・減		男・女	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日		〒				認定 年月日 抹消			
個人番号 (増の場合のみ記入)				当該届出書の提出 年1月1日の住所	同上	〒				備考			
増減区分	フリガナ氏名	性別	生年月日	続柄(くわしく)	届出の理由	現住所				記入しないで下さい (健康保険組合記入欄)			
増・減		男・女	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日		〒				認定 年月日 抹消			
個人番号 (増の場合のみ記入)				当該届出書の提出 年1月1日の住所	同上	〒				備考			

【記入について】

1. 氏名・フリガナは、丁寧に記入してください。
2. 続柄は、長男・二女・父・義母・内縁の妻・妻の長男 など、詳しく記入してください。
3. 増減区分は、いずれかを○で囲んでください。(増＝認定、減＝抹消)
4. 15歳以上の方の認定については、《家族現況書》も記入してください。
5. 個人番号欄には、マイナンバーを記入してください。

【添付書類について】 ※詳しくはHPの「被扶養者認定に必要な添付書類一覧」をご確認ください。

1. 減の場合 抹消する人の健康保険被保険者証を添付してください。
2. 増の場合
  - ア. 給与・年金・営業・不動産などの収入のある人は、それらの収入を証明する書類を添付してください。
  - イ. 15歳以上で学生以外の収入のない人は、所得証明書を添付してください。学生の場合は、学生証の写しを添付してください。
  - ウ. 退職を理由に認定を受ける場合は、退職日のわかる書類を添付してください。(退職証明書・雇用保険離職票の写し等)
  - エ. 結婚・同居等を理由に認定を受ける場合は、それらを証明する書類も添付してください。
  - オ. 子を申請する場合、配偶者が被扶養者でない場合は、配偶者の収入の証明書を添付してください。

## 《 家 族 現 況 書 》

被扶養者氏名(続柄)		( )	( )	( )	
勤務先事業所名					
(過去2年以内での直近の勤務先)					
退職	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	理 由				
妊娠中の方のみ		分娩予定年月日 年 月 日	分娩予定年月日 年 月 日	分娩予定年月日 年 月 日	
雇 用 保 険 の 受 給 (失業給付等)		加入無・手続中・受給しない・受給延長 受給中・受給終了( 年 月 日まで)	加入無・手続中・受給しない・受給延長 受給中・受給終了( 年 月 日まで)	加入無・手続中・受給しない・受給延長 受給中・受給終了( 年 月 日まで)	
公 的 年 金 の 受 給 (種 類 ・ 年 額)		無 ・ 有 ・ 手続中( 年 月届出済)	無 ・ 有 ・ 手続中( 年 月届出済)	無 ・ 有 ・ 手続中( 年 月届出済)	
		国民・厚生・共済・企業・その他( ) 年額 万円	国民・厚生・共済・企業・その他( ) 年額 万円	国民・厚生・共済・企業・その他( ) 年額 万円	
給 与 ・ 事 業 等 の 収 入		無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有	
		給与・事業・不動産・農業・その他( ) 年 額 万円 (月平均 円)	給与・事業・不動産・農業・その他( ) 年 額 万円 (月平均 円)	給与・事業・不動産・農業・その他( ) 年 額 万円 (月平均 円)	
配 偶 者 の 有 無		有 ・ 無 (未婚・離婚・死別)	有 ・ 無 (未婚・離婚・死別)	有 ・ 無 (未婚・離婚・死別)	
生 計 費 共 同 分 担 者		無 ・ 有 (氏名 続柄 )	無 ・ 有 (氏名 続柄 )	無 ・ 有 (氏名 続柄 )	
別 居 の 場 合 送 金 額		1ヶ月 万円	1ヶ月 万円	1ヶ月 万円	
認定を受ける具体的な理由					
海外特例要件該当理由 (日本に住み票がない方)		同行家族・留学・特定活動・婚姻・出生・その他	同行家族・留学・特定活動・婚姻・出生・その他	同行家族・留学・特定活動・婚姻・出生・その他	
直近まで加入していた 医療保険の種類		国民健康保険	市・町・村	国民健康保険	市・町・村
		健康保険	本 人 ・ 家 族	健康保険	本 人 ・ 家 族
		任意継続	本 人 ・ 家 族	任意継続	本 人 ・ 家 族
		共済組合	本 人 ・ 家 族	共済組合	本 人 ・ 家 族
		その他		その他	

【副】

# 健康保険被扶養者(新規・異動)届

電線工業健康保険組合理事長 殿

年 月 日 提出

下記のとおり相違ありません。

事業所 所在地

名 称

印

事業主 氏 名

この届の記入事項は事実に相違ありませんので届出します。													
健康保険 被保険者証	記号	番号	被保険者 氏名	性別	男	女	生年月日	昭平	年	月	日	標準報酬 月額	千円
資格取得 年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	現住所	〒					配偶者の 有無	有 無 (未婚・離婚・死別)	
増減 区分	フリガナ 氏名	性別	生年月日	続柄 (くわしく)	届出の 理由	現住所				記入しないで下さい (健康保険組合記入欄)			
増・減		男・女	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日		〒				認定 年月日 抹消			
				当該届出書の提出 年1月1日の住所	同上 <input type="checkbox"/>	〒					備考		
増減 区分	フリガナ 氏名	性別	生年月日	続柄 (くわしく)	届出の 理由	現住所				記入しないで下さい (健康保険組合記入欄)			
増・減		男・女	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日		〒				認定 年月日 抹消			
				当該届出書の提出 年1月1日の住所	同上 <input type="checkbox"/>	〒					備考		
増減 区分	フリガナ 氏名	性別	生年月日	続柄 (くわしく)	届出の 理由	現住所				記入しないで下さい (健康保険組合記入欄)			
増・減		男・女	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日		〒				認定 年月日 抹消			
				当該届出書の提出 年1月1日の住所	同上 <input type="checkbox"/>	〒					備考		

【記入について】

1. 氏名・フリガナは、丁寧に記入してください。
2. 続柄は、長男・二女・父・義母・内縁の妻・妻の長男 など、詳しく記入してください。
3. 増減区分は、いずれかを○で囲んでください。(増=認定、減=抹消)
4. 15歳以上の方の認定については、《家族現況書》も記入してください。
5. 個人番号欄には、マイナンバーを記入してください。

【添付書類について】 ※詳しくはHPの「被扶養者認定に必要な添付書類一覧」をご確認ください。

1. 減の場合 抹消する人の健康保険被保険者証を添付してください。
2. 増の場合 ア. 給与・年金・営業・不動産などの収入のある人は、それらの収入を証明する書類を添付してください。  
イ. 15歳以上で学生以外の収入のない人は、所得証明書を添付してください。学生の場合は、学生証の写しを添付してください。  
ウ. 退職を理由に認定を受ける場合は、退職日のわかる書類を添付してください。(退職証明書・雇用保険離職票の写し等)  
エ. 結婚・同居等を理由に認定を受ける場合は、それらを証明する書類も添付してください。  
オ. 子を申請する場合、配偶者が被扶養者でない場合は、配偶者の収入の証明書を添付してください。