

記入例 健康保険被扶養者異動届(増)

健保組合		
常務理事	事務長	担当者

事業所担当者の確認印
日付印

健康保険被保険者証	
記号	番号(右づめで記入)
1 0 0	9 9 9 9 9

令和 5 年 〇 月 〇 〇 日提出

被保険者の氏名	
(氏)	(名)
健保	太朗 ㊟

氏名を本人自ら署名した場合の押印は不要

事業所名	株式会社UACJ 名古屋製造所		電話番号	自宅	***-***-****
所属(または出向先)	鑄造 部	鑄造 課	グループ	工場	職場(内線) 7-65-****
被保険者住所	〒 455-*** 〇〇市〇〇区*-***-*				
自宅住所	〒 (上記住所と同じ場合は不要)				

対象者の氏名	生 年 月 日	性別	続柄	同居	別居 単身赴任 施設入居 その他	学生	収 入		申請理由	事由発生 年月日	税扶養	認定年月日
							内 訳	平均月額 (税込)				
(フリガナ) ケンボ ミホ 健保 美保	昭・平・令 0 5 0 8 0 8	男 女	長女	○			なし・年金 給与収入 その他 ()	円 0	1.子の出生 2.収入減 3.退職 (結婚・出産・その他()) 4.雇用保険受給終了 5.その他()	令和 5年 8月 8日	有 無	* 年 月 日
(フリガナ) ケンボ ヤスコ 健保 康子	昭・平・令 0 2 0 9 1 5	男 女	妻	○			なし・年金 給与収入 その他 ()	円 0	1.子の出生 2.収入減 3.退職 (結婚・出産・その他()) 4.雇用保険受給終了 5.その他()	令和 *年 *月 *日	有 無	* 年 月 日
(フリガナ)	昭・平・令	男 女					なし・年金 給与収入 その他 ()	円	1.子の出生 2.収入減 3.退職 (結婚・出産・その他()) 4.雇用保険受給終了 5.その他()	令和 年 月 日	有 無	* 年 月 日
(フリガナ)	昭・平・令	男 女					なし・年金 給与収入 その他 ()	円	1.子の出生 2.収入減 3.退職 (結婚・出産・その他()) 4.雇用保険受給終了 5.その他()	令和 年 月 日	有 無	* 年 月 日

- 【添付書類】 1.「家族状況報告書」をご記入のうえ提出ください。
2.「被扶養者を申請するときの添付書類」を参照のうえ、必要書類を提出ください。

健保記入欄 (認定条件・認定期限等)	*
-----------------------	---

*欄は健保記入欄です。

※申請内容に不備があった場合には、遡って扶養を取り消すとともに、その期間中の診療費を請求することになります。
※社会通念上、申告額と生活実態が著しくかけ離れていると判断された場合は、認定しないこともあります。

受付日付印