

記入例

健康保険被扶養者(異動)届

申請日 2024 年 12 月 2 日

任意継続者は記入不要

◆赤枠内を記入して下さい

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等の 記号・番号		2 0 - 9 9 9 9 9 (枝番 2 桁の記入は不要)		所属	被保険者 氏名		ケンポ タロウ 健保 太郎		生年月日	1970 年 10 月 1 日	
	資格取得年月日		2024 年 10 月 1 日		住所	〒 806-0002 福岡県北九州市八幡西区東浜町1番1号						
	電話 999-9999-9999											
	増減 の別	続柄	性別	被扶養者の氏名		生年月日		年齢	世帯	年間収入	扶養(削除)の理由及び年月日 ※該当項目を✓	
	☐ 増		☒ 男	氏名: ケンポ	ジロウ	年 月 日	歳	☒ 同居			☐ 結婚 ☐ 出生 ☐ 退職 ☐ 離婚	
	☒ 減		☐ 女	健保	次郎	2000 1 1	24	☐ 別居	300 万円		☒ 就職 ☐ 死亡 ☐ 失業給付受給	
	☐ その他 () 2024 年 12 月 1 日											
	資格確認書発行要否 ☐ 発行が必要 → 発行には要件がありますので下記※資格確認書発行についてをご確認下さい											
	☐ 増		☐ 男	氏名:		年 月 日	歳	☐ 同居			☐ 結婚 ☐ 出生 ☐ 退職 ☐ 離婚	
	☐ 減		☐ 女	(氏)				☐ 別居			☐ 就職 ☐ 死亡 ☐ 失業給付受給	
☐ その他 () 年 月 日												
資格確認書発行要否 ☐ 発行が必要 → 発行には要件がありますので下記※資格確認書発行についてをご確認下さい												
☐ 増		☐ 男	氏名:		年 月 日	歳	☐ 同居			☐ 結婚 ☐ 出生 ☐ 退職 ☐ 離婚		
☐ 減		☐ 女	(氏)				☐ 別居			☐ 就職 ☐ 死亡 ☐ 失業給付受給		
☐ その他 () 年 月 日												
資格確認書発行要否 ☐ 発行が必要 → 発行には要件がありますので下記※資格確認書発行についてをご確認下さい												
※資格確認書発行について …以下に該当する場合に限ります。 ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者 ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者 ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者 上記のとおり申請します。 2024 年 12 月 2 日 黒崎播磨健康保険組合 御中 被保険者 住所 福岡県北九州市八幡西区東浜町1番1号 氏名 健保 太郎												
事業主証明欄	上記の通り、被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出致します。											
	所在地 福岡県北九州市八幡西区東浜町 1 番 1 号 名称 黒 崎 播 磨 株 式 会 社 氏名 代表取締役社長 江川 和宏											
事業所担当者確認印	健康 保険 組合 記入 欄	認定	年 月 日		認定印	受付印						
		削除	年 月 日		削除印							
		常務理事	事務長	担当者								

※太枠内を記入して下さい 黒崎播磨健康保険組合(004-1) 2024.12

<被扶養者の認定について>

被扶養者資格の認定は、健康保険関係法令・通達に定められており、健保組合はその法令等に基づいて厳正かつ公平な認定を行なうため努力しています。

申請される方が「主として被保険者の生計維持されていること」や「収入要件を満たしていること」などを総合的に判断しておりますのでご理解をお願い致します。

<注意事項>

- ・新生児の届出以外の増の申請は先に「健康保険扶養認定現況書」を提出し、現況によって証明書類等の添付書類が必要です。
- ・被扶養者減の申請は保険証を返却して下さい。また、就職の場合は就職先の健康保険証写しを添付して下さい。