

健康保険 被扶養者(異動増)届

(被扶養者としての方が2名以下の場合用)

令和 年 月 日提出

氏名の記入は、署名または記名押印によること

被保険者の事柄	保険証の	記号	番号	フリガナ				性別	配偶者の有無
				氏名				(印)	
	生年月日		年	月	日	事業所名			
	住所 <small>(送付先が異なる場合は、右の送付先を記入)</small>	〒 -					送付先	〒 -	
	連絡先電話番号								

[子の続柄は(長男、二男...) (長女、二女...)と記入してください。]

被扶養者としての方の事柄	フリガナ		(和暦)	生年月日		性別	続柄		
	氏名			年	月	日			
	マイナンバー記入欄			住民票住所					
	〒 -								
	届出時の状況 (□にレ点)				異動増の理由	発生日	同居/別居	年収見込	
	無職	専業主婦	パート・アルバイト	自営業	令和	年	月	日	万円
	新生児	未就学児	学生(学年)						
	年金受給者	その他()							
	異動増の理由 (□にレ点)	出生		結婚	被保険者入社に伴う届出	雇用保険受給終了	収入減		
		退職後の雇用保険を		①受給する		②受給しない		③受給延長する	
その他()									
<雇用保険を受給される方>				チェック欄	署名・捺印欄				
下記3項目をご確認の上、チェックと署名捺印をお願いします。					左記、3項目について相違ありません。				
1. 給付制限期間中のみ扶養申請します。					令和 年 月 日認定				
2. 雇用保険受給資格者証は、後日、給付制限期間が印字されたものを健保に送付します。									
3. 雇用保険受給開始後、速やかに扶養を外す手続きをします。									
				健保記載欄					

被扶養者としての方の事柄	フリガナ		(和暦)	生年月日		性別	続柄		
	氏名			年	月	日			
	マイナンバー記入欄			住民票住所					
	〒 -								
	届出時の状況 (□にレ点)				異動増の理由	発生日	同居/別居	年収見込	
	無職	専業主婦	パート・アルバイト	自営業	令和	年	月	日	万円
	新生児	未就学児	学生(学年)						
	年金受給者	その他()							
	異動増の理由 (□にレ点)	出生		結婚	被保険者入社に伴う届出	雇用保険受給終了	収入減		
		退職後の雇用保険を		①受給する		②受給しない		③受給延長する	
その他()									
備考				健保記載欄	令和 年 月 日認定				

下記事業所記入欄は、各社人事・総務関連箇所にて記入します

R05.12改

事業所	所在地	
	名称	
	氏名	

近畿日本ツーリスト健康保険組合				
常務理事	事務長	係	係	受付印

健康保険 被扶養者(異動増)届

(被扶養者としての方が3名以上おられる場合は併せてご記入ください)

令和 年 月 日提出

氏名の記入は、署名または記名押印によること

被保険者の事柄	保険証の	記号	番号	フリガナ			印	
				氏名				
	被扶養者としての方の人数 (□にレ点)							
	3人		4人		5人以上 シートのコピー等にてご対応ください			

[子の続柄は(長男、二男...) (長女、二女...)と記入してください。]

被扶養者としての方の事柄	フリガナ		(和暦)	生年月日	性別	続柄			
	氏名			年 月 日					
	マイナンバー記入欄			住民票住所					
	届出時の状況 (□にレ点)			異動増の理由 発生日		同居/別居	年収見込		
	無職	専業主婦	パート・アルバイト	自営業	令和 年 月 日		万円		
	新生児	未就学児	学生(学年)						
	年金受給者	その他()							
	異動増の理由 (□にレ点)	出生		結婚		被保険者入社に伴う届出		雇用保険受給終了	収入減
		退職後の雇用保険を		①受給する		②受給しない		③受給延長する	
その他()									
備考				健保記載欄	令和 年 月 日認定				

被扶養者としての方の事柄	フリガナ		(和暦)	生年月日	性別	続柄			
	氏名			年 月 日					
	マイナンバー記入欄			住民票住所					
	届出時の状況 (□にレ点)			異動増の理由 発生日		同居/別居	年収見込		
	無職	専業主婦	パート・アルバイト	自営業	令和 年 月 日		万円		
	新生児	未就学児	学生(学年)						
	年金受給者	その他()							
	異動増の理由 (□にレ点)	出生		結婚		被保険者入社に伴う届出		雇用保険受給終了	収入減
		退職後の雇用保険を		①受給する		②受給しない		③受給延長する	
その他()									
備考				健保記載欄	令和 年 月 日認定				

下記事業所記入欄は、各社人事・総務関連箇所でご記入します

R05.12改

事業所	所在地
	名称
	氏名

近畿日本ツーリスト健康保険組合				
常務理事	事務長	係	係	受付印

提出先 : 各事業所(人事・総務担当)宛