

提出先 : 各事業所(人事・総務担当)宛

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 5 年 5 月 1 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 79	番号 9999	フリガナ 氏名	ケンボ 健保	タロウ 太郎	(印)	性別 男	配偶者の有無 有
	生年月日	平成 2 年 5 月 20 日			事業所名 近畿日本ツーリスト				
	住所 (送付先が異なる場合は、右の送付先を記入)	〒 112 - 0033 東京都文京区春日1-1-1 春日マンション101号室				送付先 勤務先	〒 163 - 0236 東京都新宿区西新宿2-6-1		
	連絡先電話番号	携帯電話	090 (9876) 5432						

被扶養者としての方の事柄	フリガナ	ケンボ	ハナコ	生年月日(和暦)			性別	続柄					
	氏名	健保	華子	平成 4 年 10 月 30 日			女	妻					
	マイナンバー記入欄				住所								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	〒 112 - 0033 東京都文京区春日1-1-1 春日マンション101号室
	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					
	<input checked="" type="checkbox"/> 無職	<input type="checkbox"/> 専業主婦	<input type="checkbox"/> パート・アルバイト	<input type="checkbox"/> 自営業	令和 5 年 5 月 1 日		被保険者と同居	0 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		<input checked="" type="checkbox"/> 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> 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。				チェック欄	署名・捺印欄								
1. 給付制限期間中のみ扶養申請します。					左記、3項目について相違ありません。								
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。					印								
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	令和 年 月 日認定							

被扶養者としての方の事柄	フリガナ	ケンボ	ケンイチ	生年月日(和暦)			性別	続柄					
	氏名	健保	謙一	平成 26 年 9 月 15 日			男	長男					
	マイナンバー記入欄				住所								
	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	〒 112 - 0033 東京都文京区春日1-1-1 春日マンション101号室
	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					
	<input type="checkbox"/> 無職	<input type="checkbox"/> 専業主婦	<input type="checkbox"/> パート・アルバイト	<input type="checkbox"/> 自営業	令和 5 年 5 月 1 日		被保険者と同居	0 万円					
	新生児		未就学児		学生(学年 小学3年生)								
	年金受給者		その他()										
	異動増の理由 (□にレ点)	出生		結婚		<input checked="" type="checkbox"/> 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

R05.05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