

家族を扶養に入れたいとき

# 健康保険 被扶養者異動届

実際に事業所へ提出日する日  
を記入してください。

九電工健康保険組合 理事長 殿

提出日	令和	年	月	日
		●	●	●

被保険者欄	記号・番号	(記号)	(番号)	又は 個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8
	所属事業所 社員番号	(会社名) 株式会社●●●	(支店・営業所・部門名) ▲▲支店	(社員番号) 987654												
	氏名	(フリガナ) キュウコウ	(名) 知ウ	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和		年		月		日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女		
		(氏) 九工	(名) 太郎		<input checked="" type="checkbox"/> 平成		●	●	●	●	●					
	現住所	〒 000 - 0000 ●●市▲▲区■■1-11-1	資格取得日	<input type="checkbox"/> 昭和		年		月		日	<input checked="" type="checkbox"/> 平成		●	●		
今回申請する下記の被扶養者が「子」の場合、 被保険者の配偶者の年間収入を記入してください(注1)				260	万円											

※個人番号は、必ず記入してください。

被扶養者欄 1	氏名	(フリガナ) キュウコウ	(名) ハナコ	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
		(氏) 九工	(名) 花子	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和		年		月		日	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input checked="" type="checkbox"/> 女		
	続柄	子	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	(別居の場合記入) 〒	-										
	申請内容	<input checked="" type="checkbox"/> 扶養認定 <input type="checkbox"/> 扶養削除	申請理由の 発生日(注2)	令和	年	月	日	年収	万円	資格確認書 交付要否(注3)	<input type="checkbox"/> 交付が必要					
	認定理由	<input checked="" type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 収入減少 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> その他( )	削除理由	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 収入増加 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> その他( )	資格確認書 交付理由(注3)											

被扶養者欄 2	氏名	(フリガナ)	(氏)	日	<input type="checkbox"/> 昭和		年		月		日	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
	続柄		現住所		-									
	申請内容	<input type="checkbox"/> 扶養認定 <input type="checkbox"/> 扶養削除	申請理由の 発生日(注2)	令和	年	月	日	年収	万円	資格確認書 交付要否(注3)	<input type="checkbox"/> 交付が必要			
	認定理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 収入減少 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> その他( )	削除理由	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 収入増加 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> その他( )	資格確認書 交付理由(注3)									
	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> <p style="color: red; text-align: center;">事由発生日を記入</p> <p style="color: red;">結婚の場合：婚姻日 子の出生の場合：出生日 家族の離職の場合：離職日 など</p> </div>													

- 《注意事項》
- (注1) 夫婦ともに収入がある場合における被扶養者認定については、被扶養者の人数にかかわらず、年間収入の多い方の被扶養者として認定することとされているため、収入額を確認します。
  - (注2) 被扶養者の認定又は削除は、本申請書の受領後に審査・決定しますので、被扶養者の認定日又は削除日が申請理由の発生日と異なる場合があります。
  - (注3) 下記1～6に該当する場合は『 交付が必要』にチェックを入れて、交付理由欄に番号を記入してください。また、5～6に該当する場合は、本届出と併せて『健康保険 資格確認書 交付申請書』を提出してください。
    - 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を返納した者
    - 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(マイナ保険証)を行っていない者
    - マイナ保険証の利用登録解除を申請した者
    - マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者
    - マイナンバーカードを紛失した者、マイナンバーカードを更新中の者
    - マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が要配慮者等と同行して資格確認を補助する必要がある者

事業主 所在地 名称 氏名	令和 ● 年 ●● 月 ●● 日 提出	事業所担当者名・ 受付日の記入又は 押印	受付日: 令和 ● 年 ●● 月 ●● 日
●●市▲▲区■■1-23-4 株式会社●●● 代表取締役 ◆◆ ★★		担当者名 または 担当者 日付印	
社会保険労務士 確認欄			
必要に応じて、社会保険労務士 記載			

※健康保険組合記入欄

被扶養者 欄1	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 否認	令和	年	月	日
被扶養者 欄2	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 否認	令和	年	月	日

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当

健保組合 受付印

家族を扶養からはずすとき

# 健康保険 被扶養者異動届

実際に事業所へ提出日する日  
を記入してください。

九電工健康保険組合 理事長 殿

提出日	令和	年	月	日
		●	●	●

被保険者欄	記号・番号	(記号)	(番号)	又は 個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8
	所属事業所 社員番号	(会社名) 株式会社●●●			(支店・営業所・部門名) ▲▲支店				(社員番号) 987654							
	氏名	(フリガナ) キュウコウ	(名) 知ウ	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	●	●	●	●	●	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
		(氏) 九工	(名) 太郎													
	現住所	〒 000 - 0000 ●●市▲▲区■1-11-1			資格取得日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	●	●	●	●						
今回申請する下記の被扶養者が「子」の場合、 被保険者の配偶者の年間収入を記入してください(注1)				記入不要	万円											

※個人番号は、必ず記入してください。

被扶養者欄1	氏名	(フリガナ) キュウコウ	(名) ハナコ	個人番号	記入不要				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	●	●	●	●	●	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
	続柄	子	現住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	(別居の場合記入) 〒 -				同居・別居に関わらず記入不要				職業				
	申請内容	<input type="checkbox"/> 扶養認定 <input checked="" type="checkbox"/> 扶養削除	申請理由の 発生日(注2)	令和	●	●	●	年収	万円	資格確認書 交付要否(注3)	<input type="checkbox"/> 交付が必要						
	認定理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 収入減少 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> その他( )			削除理由	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 収入増加 <input type="checkbox"/> 離婚 <input checked="" type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> その他( )				資格確認書 交付理由(注3)							

被扶養者欄2	氏名	(フリガナ)	(氏)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	●	●	●	●	●	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	続柄		現住所		事由発生日を記入 就職の場合 : 入社日 (社会保険に加入) (資格取得日) 死亡の場合 : 死亡日 など				職業			
	申請内容	<input type="checkbox"/> 扶養認定 <input type="checkbox"/> 扶養削除	申請理由の 発生日(注2)	令和	●	●	●	年収	万円	資格確認書 交付要否(注3)	<input type="checkbox"/> 交付が必要	
	認定理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 収入減少 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他( )			削除理由	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 収入増加 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> その他( )				資格確認書 交付理由(注3)		

- 《注意事項》
- (注1) 夫婦ともに収入がある場合における被扶養者認定については、被扶養者の人数にかかわらず、年間収入の多い方の被扶養者として認定することとされているため、収入額を確認します。
  - (注2) 被扶養者の認定又は削除は、本申請書の受領後に審査・決定しますので、被扶養者の認定日又は削除日が申請理由の発生日と異なる場合があります。
  - (注3) 下配1～7に該当する場合は『 交付が必要』にチェックを入れて、交付理由欄に番号を記入してください。  
また、6～7に該当する場合は、併せて『健康保険 資格確認書 交付申請書』を提出してください。
- 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(マイナ保険証)を行っていない者
  - マイナ保険証の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
  - マイナンバーカードを紛失した者、マイナンバーカードを更新中の者
  - マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が要配慮者等に同行して資格確認を補助する必要がある者

事業主 所在地 名称 氏名	令和 ● 年 ● 月 ● 日 提出	事業所担当者名・ 受付日の記入又 は押印	受付日: 令和 ● 年 ● 月 ● 日
●●市▲▲区■1-23-4 株式会社●●● 代表取締役 ◆◆ ★★		担当者名	または 担当者 日付印
社会保険労務士 確認欄			
必要に応じて、社会保険労務士 記載			

※健康保険組合記入欄

被扶養者 欄1	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 否認	令和	年	月	日
被扶養者 欄2	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 否認	令和	年	月	日

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当

健保組合 受付印