

健康保険被扶養者異動届

申請日

年 月 日

被保険者情報	被保険者	記号(1か2)	番号(06270748ではありません)(右づめ)	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	健保受付日付印
記番号が分からない場合は個人番号(マイナンバー)を記入してください						標準報酬月額 千円

健康保険法施行規則第38条に基づき、扶養家族の今後の収入状況等を必ず把握し、被扶養者認定基準に該当しなくなった場合や生計維持関係に変更があった場合は、速やかに手続きを行います。

被扶養者欄1	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	性別	男・女	生年月日	昭・平・令	年	月	日	続柄(例長男等)	同別居	同居・別居
	収入状況	収入有の場合は月平均収入を記入 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 収入有 <input type="checkbox"/> 無職	給与	円	事業	円	資格	円	交付	必要	理由	番号(※1)
	申請理由	右記申請事由に○をつけてください	01:被保険者入社 10:結婚 12:離婚 14:出生 16:死亡 18:除籍 20:復籍 30:就職 32:離職 36:雇用保険開始 38:雇用保険終了 91:出産手当開始 92:出産手当終了 94:収入オーバー 95:扶養変更 90:その他 ※									
被扶養者欄2	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	性別	男・女	生年月日	昭・平・令	年	月	日	続柄(例長男等)	同別居	同居・別居
	収入状況	収入有の場合は月平均収入を記入 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 収入有 <input type="checkbox"/> 無職	給与	円	事業	円	資格	円	交付	必要	理由	番号(※1)
	申請理由	右記申請事由に○をつけてください	01:被保険者入社 10:結婚 12:離婚 14:出生 16:死亡 18:除籍 20:復籍 30:就職 32:離職 36:雇用保険開始 38:雇用保険終了 91:出産手当開始 92:出産手当終了 94:収入オーバー 95:扶養変更 90:その他 ※									
被扶養者欄3	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	性別	男・女	生年月日	昭・平・令	年	月	日	続柄(例長男等)	同別居	同居・別居
	収入状況	収入有の場合は月平均収入を記入 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 収入有 <input type="checkbox"/> 無職	給与	円	事業	円	資格	円	交付	必要	理由	番号(※1)
	申請理由	右記申請事由に○をつけてください	01:被保険者入社 10:結婚 12:離婚 14:出生 16:死亡 18:除籍 20:復籍 30:就職 32:離職 36:雇用保険開始 38:雇用保険終了 91:出産手当開始 92:出産手当終了 94:収入オーバー 95:扶養変更 90:その他 ※									

○必要書類を添付してください。○続柄は妻、長男、長女、養子など戸籍の続柄を正確に記入してください。
 ○この届は扶養又は抹消の事由が発生してから5日以内に提出してください。
 ○届出内容に誤りや虚偽の内容があった場合、被扶養者の認定を取り消すことがあります。その間に使用された医療費は全額返金していただきます。
 (※1)資格確認書の交付が必要な場合は資格確認書欄の「 交付必要」に☑を入れ、下記の該当する理由番号を理由番号欄に記入してください。
 該当する場合のみ交付します。(マイナ保険証があれば申請は不要です。)

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| 1:マイナンバーカード作成中・作成予定 | 4:マイナンバーカード未保有又は返納で今後作成予定がない |
| 2:マイナンバーカード紛失(又は有効期限切れ)再交付手続中・予定 | 5:マイナンバーカード保有者で健康保険利用登録を行う予定がない |
| 3:マイナンバーカード紛失(又は有効期限切れ)今後作成予定がない | 6:マイナ保険証による受診は第三者(介助者等)のサポートが必要 |

※その他記入欄

■申請事由が「その他」の場合は詳しく記入

■申請家族が別居しているときは1ヶ月あたりの送金額と別居先住所を記入
(別居先住所) 〒 - (送金額) 円/月

当該届の次の事項について確認しました(確認のうえ必ず☑を入れてください)

申請者(被保険者)本人が作成したまたは記載内容について誤りがないかを
申請者(被保険者)本人が確認した 続柄 同居・別居の区分

事業主(事業主代理人)欄

事業主所在地 年 月 日 提出

事業主名称

事業主(代理人)名称

電話番号

※入社時に申請不能であった場合の理由記入欄

被扶養者1				被扶養者2				被扶養者3						
認定・喪失	令和	年	月	日	認定・喪失	令和	年	月	日	認定・喪失	令和	年	月	日

大阪瓦斯健康保険組合