

【配偶者を扶養に入れる・はずす場合】

被保険者証カードでご確認のうえ記入してください。

被保険者証カードでご確認のうえ記入してください。

理事長	常務理事	事務長	係	係

記入見本

### 被扶養者(異動)届

被保険者証の記号番号	記号 〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	フリガナ 被保険者氏名 ケンボ 太郎	標準報酬月額 〇〇〇 千円	被保険者の住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇〇町〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇号室							
被保険者の資格取得年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭平令 <input type="checkbox"/> 昭立	〇〇年〇〇月〇〇日	事業所の名称 〇〇〇株式会社	事業所の所在地 〇〇市〇〇〇町〇〇〇 〇〇〇								
被扶養者の氏名	フリガナ ケンボ ハナコ 健保 花子	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	被扶養者の生年月日 〇〇年〇〇月〇〇日	被保険者との続柄 妻	被扶養者の職業 無職	被扶養者の住所 被保険者と同じ	扶養し始めた事由 会社を退職した為	扶養しなくなった事由 収入増加のため	扶養し始めた日 令 〇年 〇月 〇日	扶養しなくなった日 令 〇年 〇月 〇日	月額 円	確認
<p>申請する被扶養配偶者について記入してください。</p> <p>65歳未満の配偶者を扶養に入れる・はずす(豊島健保→国民健康保険へ加入する)場合は国民年金『第3号被保険者関係届』の提出も必要となります。詳細については加入事業所担当者へご連絡をお願いします。</p> <p>扶養をはずす場合は、失業保険受給…受給開始日 収入増加…基準額を超えた日 を記入してください。</p>												

\*上記のとおり被保険者から被扶養者の届がありましたので提出します。

令和 〇年 〇月 〇日

被保険者氏名

健保 太郎

押印不要です。

豊島健康保険組合理事長殿

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

必ず事業所が被保険者に届出内容を確認し、事業所担当者がチェックを入れてください。

確認欄	
<input checked="" type="checkbox"/>	この届出について①又は②の要件を満たしたものである ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している

(注)

- 被保険者資格取得時に被扶養者を有する被保険者はこの書類を作成し事業主に提出し、事業主はこれを取得届に添付して健康保険組合へ提出して下さい。
- 被保険者はあらたに被扶養者を有するに至った時又はすでに届出している被扶養者に異動があった時は、その都度作成し事業主に提出し、事業主はこれを健康保険組合へ提出してください。
- 出生以外の扶養認定の場合は被扶養者現況報告を添付してください。出生の場合は、出産育児一時金請求書を一緒に提出してください。
- 就職等で扶養から外れる場合は、新たな資格取得の確認の為新規に取得した保険証のコピーを添付して下さい。

添付書類:有(認定・認定削除その他条件によって異なります。詳しくはホームページ「被扶養者申請の手続き」にて確認してください。)

**【配偶者以外を扶養に入れる・はずす場合】** 被保険者証カードでご確認のうえ記入してください。

理事長	常務理事	事務長	係	係

記入見本

被扶養者(異動)届

被保険者証カードでご確認のうえ記入してください。

被保険者証の記号番号	記号 〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	フリガナ 被保険者氏名 ケンボ タロウ 健保 太郎	標準報酬月額 〇〇〇 千円	被保険者の住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇〇町〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇号室				
被保険者の資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日	事業所の名称 〇〇〇株式会社	事業所の所在地 〇〇市〇〇〇町〇〇〇 〇〇〇					
フリガナ 被扶養者の氏名	男 女	被扶養者の生年月日	被保険者との続柄	被扶養者の職業	被扶養者の住所	扶養し始めた事由 年月日	扶養しなくなった事由 年月日	月平均収入額	確認
ケンボ ヤスコ 健保 康子	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	〇 年 〇〇 月 〇〇 日	長女	無職	被保険者と同じ	会社を退職した為 令 〇 年 〇 月 〇 日		
ケンボ ジロウ 健保 次郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	〇 年 〇〇 月 〇〇 日	次男	無職	被保険者と同じ	出生の為 令 〇 年 〇 月 〇 日		
ケンボ イチロウ 健保 一郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	〇 年 〇〇 月 〇〇 日	長男	会社員	〇〇市〇	就職の為 令 〇 年 〇 月 〇 日		
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令							
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令							
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令							

**【扶養に入れるとき】**  
扶養し始めた日は、会社を退職した場合は**退職日の翌日**、出生の場合は**誕生日**を記入してください。

**【扶養からはずすとき】**  
扶養しなくなった日は、**就職先の保険証の資格取得日**を記入してください。

**申請する被扶養者について記入してください。**

\*上記のとおり被保険者から被扶養者の届がありましたので提出します。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

被保険者氏名 **健保 太郎**

豊島健康保険組合理事長殿

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

必ず事業所が被保険者に届出内容を確認し、事業所担当者がチェックを入れてください。

確認欄	
<input checked="" type="checkbox"/>	この届出について①又は②の要件を満たしたものである ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している

(注)

1. 被保険者資格取得時に被扶養者を有する被保険者はこの書類を作成し事業主に提出し、事業主はこれを取得届に添付して健康保険組合へ提出して下さい。
2. 被保険者はあらたに被扶養者を有するに至った時又はすでに届出している被扶養者に異動があった時は、その都度作成し事業主に提出し、事業主はこれを健康保険組合へ提出してください。
3. 出生以外の扶養認定の場合は被扶養者現況報告を添付してください。出生の場合は、出産育児一時金請求書を一緒に提出してください。
4. 就職等で扶養から外れる場合は、新たな資格取得の確認の為新規に取得した保険証のコピーを添付して下さい。

**添付書類:有(認定・認定削除その他条件によって異なります。詳しくはホームページ「被扶養者申請の手続き」にて確認してください。)**

押印不要です。

**【任意継続被保険者になる場合】** 事業所の退職日の翌日を記入ください。

理事長	常務理事	事務長	係	係

記入見本

被 扶 養 者 (異 動) 届

被保険者証 の記号番号	記号	500	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	フリガナ	ケンポ タロウ	標準 報酬 月額	千円	被保険者 の住所	〒	〇〇〇-〇〇〇〇
	番号	第		号	被保険者氏名				健保 太郎	〇年 〇月 〇日
被 保 険 者 の 資格取得年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	〇〇年 〇〇月 〇〇日	事業所の 名 称		事業所の 所在地					
フリガナ	男 女	被 扶 養 者 の 生 年 月 日	被保険者 との続柄	被扶養者 の 職 業	被 扶 養 者 の 住 所	扶 養 し 始 め た 事 由 年 月 日	扶 養 し な く な っ た 事 由 年 月 日	月平均収入額	確認	
ケンポ ハナコ	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 〇〇年 〇〇月 〇〇日	妻	無職	被保険者と同じ	任継加入の為 令 〇年 〇月 〇日	令 年 月 日	円		
ケンポ イチロウ	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 〇〇年 〇〇月 〇〇日	長男	無職	被保険者と同じ	任継加入の為 令 〇年 〇月 〇日	令 年 月 日	円		
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭				令 年 月 日	令 年 月 日	円		
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日				令 年 月 日	令 年 月 日	円		
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日				令 年 月 日	令 年 月 日	円		

申請する被扶養者について  
記入してください。

\*上記のとおり被保険者から被扶養者の届がありましたので提出します。

令和 〇年 〇月 〇日

被保険者氏名 健保 太郎

豊 島 健 康 保 険 組 合 理 事 長 殿  
〒

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

任 継

任継の場合は、被保険者ご自身で確認欄に  
チェックを入れてください。

確認欄	
<input checked="" type="checkbox"/>	この届出について①又は②の要件を満たしたものである ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している

(注)

1. 被保険者資格取得時に被扶養者を有する被保険者はこの書類を作成し事業主に提出し、事業主はこれを取得届に添付して健康保険組合へ提出して下さい。
2. 被保険者はあらたに被扶養者を有するに至った時又はすでに届出している被扶養者に異動があった時は、その都度作成し事業主に提出し、事業主はこれを健康保険組合へ提出してください。
3. 出生以外の扶養認定の場合は被扶養者現況報告を添付してください。出生の場合は、出生育児一時金請求書を一緒に提出してください。
4. 就職等で扶養から外れる場合は、新たな資格取得の確認の為新規に取得した保険証のコピーを添付して下さい。

押印不要です。

添付書類:有(認定・認定削除その他条件によって異なります。  
詳しくはホームページ「被扶養者申請の手続き」にて確認してください。)