

この届と確認通知書の2枚をご提出ください

被扶養者届

※ 健保処理欄			
常務理事	事務長	グループ長	担当者

被保険者	記号	番号	(フリガナ)	セキスイ	タロウ	性別	昭和 平成	年	月	日	
	123	4556	被保険者	(氏) 積水	(名) 太郎						男・女
資格取得の日	昭和 平成	○	年	4	月	1	日	被保険者住所 (住民票住所)			
資	格	取	得	の	日	〒 123 - 5555 トウキョウト ○○ク△△ 7-8-9					
年	月	日	令和		東京都○○区△△7-8-9						

住民票の住所を記入してください

被扶養者氏名 (フリガナ)	性別	生年月日	続柄 (妻・長男等)	個人番号								別居理由 欄外参照	異動理由 欄外参照 (下記に○)	認定・削除に 該当した日	※健保処理欄 認定・削除日						
				別居*1の場合のみ住所を記入してください																	
セキスイ ハナコ 積水 花子	男 女	昭和 平成	妻	同居	1	2	3	4	5	6	7	0	0	0	0	0	該当の番号を記入	A	1 5 2 6 3 7 4 8	令和 ○ 年 月 日 ○ 0 4 0 1	
セキスイ イチロウ 積水 一郎	男 女	昭和 平成	長男	同居 別居	2	3	4	5	6	7	8	0	0	0	0	0	該当の番号を記入	A 3	1 5 2 6 3 7 4 8	令和 ○ 年 月 日 ○ 0 4 0 1	
セキスイ サチコ 積水 幸子	男 女	昭和 平成	長女	同居 別居	5	6	7	8	9	0	1	0	0	0	0	0	該当の番号を記入	A B	1 5 2 6 3 7 4 8	令和 ○ 年 月 日 ○ 0 4 0 1	
	男	昭和		同居 別居													該当の番号を記入	A B	1 5 2 6 3 7 4 8	令和 年 月 日	

この欄には認定または削除をする方のみ記入してください

続柄は配偶者や子ではなく妻、長男、長女等を記入してください

- | | |
|----------|--|
| 1. 認定の理由 | 1. 出生 2. 結婚 3. 結婚 4. 被保険者の取得に伴う(転勤含む) 5. 雇用保険受給終了 6. 収入減少等による生計維持関係の発生 7. その他() |
| *B 削除の理由 | 1. 就職(パート含む) 2. 離婚 3. 死亡 4. 結婚 5. 雇用保険受給開始 6. 収入超過 7. 別居等による生計維持関係の消滅 8. その他() |
| 別居の理由 | 1. 被保険者が単身赴任 2. 遠隔地に通学 3. その他(就職活動のため) |

上記の届出事項について、事実と相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒 -
事業所名	この欄は記入せず届と添付書類は事業所の健康保険事務担当者へ提出してください
事業主(代理人)氏名	
電話	()

※1 被保険者と住民票の住所が違う場合のみ別居に○をし住民票の住所を記入してください。
ただし単身赴任と通学以外の理由で別居の方は住民票の異動の有無に関わらず別居に○をし居所を記入してください。

○この届は認定又は削除の事由が発生してから原則として5日以内に提出してください。
○記入例を参照し、ボールペン又はペンで太枠内の必要事項に記入し、該当するものに○を付けてください。
○続柄は、妻、長男、長女、養子等戸籍の続柄を正確に、氏名は楷書で明確に記入してください。
○認定日は原則として受付日となりますが「認定の事由発生日」から2カ月以内の日にしてください。
○認定および削除の場合は必要書類(ホームページ参照)を添付してください。
○削除の場合は保険証(交付されている方のみ)、資格確認書(交付されている方のみ)を添付してください。

届に必要な添付書類はホームページで確認してください