

被扶養者異動届 (増)

訂正が必要な場合は、訂正する箇所を二重線で抹消後、正しい内容と訂正者の署名(サイン)を記載してください(従来通りの訂正印も可)

日本無線健康保険組合 御中

| | | | | | |
|-------|------------|-----|------|---|-----|
| 受付日付印 | 雇用保険 | 交付簿 | 個人台帳 | 証 | DCC |
| | | | | | |
| | 伺 令和 年 月 日 | | | | |
| | 常務理事 | | 事務長 | | 係 |

令和 X 年 X 月 X 日提出

| | | | |
|----|--------------|-------|-------------------------|
| 記号 | 1010 | 被保険者名 | 健保太郎 |
| 番号 | 99999 | 生年月日 | 昭・平 XX 年 X 月 X 日 |

| | | |
|--------|--|--|
| 被保険者住所 | 住民票住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町 123番地 | 居所(住民票住所と異なる場合は記入) 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町 1丁目2番3号パークウエスト 203 |
|--------|--|--|

| 異動の別 | フリガナ | | 性別 | 生年月日 年齢 | 続柄 | 異動年月日 (被扶養者となる日) | 異動理由 |
|------|----------------|--|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|---------------------|--------------------------|
| | 被扶養者氏名 | フリガナ | | | | | |
| 増 | ケンボ ハナコ | | 男・女 女 | 昭・平 XX 年 X 月 X 日 (〇〇) 歳 | 長女 | 令和 X 年 X 月 X 日 | (退職し)収入がなくなった(少なくなる)ためなど |
| | 健保花子 | 住民票記載の氏名 | | | | | |
| | | マイナンバー | X X X X X X X X X X X X X | | | | マイナンバー未記入理由 |
| | 被扶養者住所 | 住民票住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町 123番地 | 居所 (住民票住所と異なる場合は記入) 〒 - | 世帯別 同・別 別 | 別居理由 被保険者が単身赴任中のため | | |

マイナンバー
出生時マイナンバーが不明な場合は後日「被保険者 被扶養者マイナンバー(個人番号)届」(申請書式 NO.21)を提出してください。

続柄
「子」ではなく「長男・長女」など

異動年月日(被扶養者となる日)
 事実日から5日以内に提出 ⇒ 事実日
 事実日から6日以上経過して提出 ⇒ 提出日
 *例外: 出生時 ⇒ 出生日
 例: 退職時 退職日翌日から5日以内の提出 ⇒ 退職日翌日
 退職日翌日から6日以上経過して提出 ⇒ 提出日

| | | | | | |
|--------|----|----|-------------------------|------------|------|
| 被扶養者住所 | 住所 | 居所 | (住民票住所と異なる場合は記入) 〒 - | 世帯別 同・別 | 別居理由 |
|--------|----|----|-------------------------|------------|------|

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

(事業主の証明) 未記入のまま提出してください。
提出先: SATO 社会保険労務士法人
もしくは各会社の健康保険担当部門(人事・総務/担当者)
***健康保険組合へ提出ではありません。提出先については各会社の健康保険担当部門(人事・総務/担当者)へお問い合わせください。**

※本届けは、被扶養者に異動(増)の事実があった日から5日以内(出生を除く)に、それを証明する書類(申請書式 NO.1「被扶養者を増やす申請をするときの添付書類」参照)を必ず添付して提出してください。
 ※出生時マイナンバーの記入ができない場合は後日「被保険者 被扶養者マイナンバー(個人番号)届」(申請書式 NO.21)をすみやかに提出してください。
 ※住所は住民票住所・居所を記入してください。