

健康保険被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	係
GSK健保加入日をご記入ください		

被保険者欄	健康保険被保険者証		⑦被保険者の氏名		③生年月日			④性別	④異動の別	⑨変更内容(削除(変更)の場合)	⑩資格取得年月日	標準報酬月額	送信
	①記号	②番号	(フリガナ)イカハ	ヨウ	★明.1 大.3 昭.5 平.7	年	月	日	★男.1 女.2	★追加1 削除2	昭和・平成 年 月 日	千円	
※		1 0	1 2 3 4	石川	太郎	4	3	0 8	1 2	1.死亡2.氏名変更(訂正) 3.生年月日訂正 4.性別訂正5.その他	1 6	0 1	0 1
⑤個人番号				④郵便番号	②被保険者の住所			⑩配偶者の年間収入		被保険者年間収入		備考	
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 1				1 5 8 0 0 0 0	※住所コード (フリガナ) 東京都渋谷区千駄ヶ谷8-7-6			円		円			

配偶者である被扶養者	ご自身の保険証 記号 番号 個人番号 (マイナンバー) をご記入ください		ご自分の住所を記入し		⑫被扶養者(第3号被保険者)になった理由		⑬被扶養者(第3号被保険者)でなくなった理由			
	2 3 4 5 6 7					ア 用者保険制度に加入 イ 共済年金→厚生年金 ロ 被扶養者の離職 ハ 被扶養者の所属する年金制度の変更 ニ 共済年金→共済年金 ホ 被扶養者の収入減少	★死亡 その他()			
※	⑥被扶養者の氏名		⑦生年月日		⑧性別	⑨続柄	⑩被扶養者になった日	⑪被扶養者でなくなった日	⑫被扶養者の職業収入	備考
		(フリガナ)イカハ	ヨウコ	★明.1 大.3 昭.5 平.7	★男.1 女.2	※	平成 年 月 日	平成 年 月 日	主婦 0円	H28.12.15退職 失業保険4月から受給予定
⑩郵便番号		⑨被扶養者の住所(被保険者と別居の場合のみ記入)		⑭氏名変更(訂正)年月日		⑮外国人区分	⑯被扶養者の通称名		別	
その他の親族はこちらに記入下さい		住所コード		印・平成		0.日本人 1.米国人 2.1以外の外国人	(フリガナ) 氏		扶養する理由および状況に応じて失業給付の有無等を記入して	
									扶養される日にちをご記入ください	

その他の被扶養者欄	⑥被扶養者の氏名		⑦生年月日		⑧性別	⑨続柄	⑩被扶養者になった日	⑪被扶養者でなくなった日	⑫被扶養者の職業収入	⑬被扶養者になった理由又は除かれた理由	⑭被扶養者の住所	備考
	※	(フリガナ)氏	(名)	★明.1 大.3 昭.5 平.7	★男.1 女.2	※	平成 年 月 日	平成 年 月 日	円			
	⑤個人番号											
	※	(フリガナ)氏	(名)	★明.1 大.3 昭.5 平.7	★男.1 女.2	※	平成 年 月 日	平成 年 月 日	円			
	⑤個人番号											
※	(フリガナ)氏	(名)	★明.1 大.3 昭.5 平.7	★男.1 女.2	※	平成 年 月 日	平成 年 月 日	円				
⑤個人番号												

出産(予定)により退職した者を扶養申請される場合は、こちらの欄も必ずご記入下さい。

上記のとおり被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します。 平成 年 月 日

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

以前の健康保険証の種類 組合名 ())健康保険組合 全国健康保険協会(協会けんぽ) 国民健康保険・共済組合 出産手当金の請求権 出産手当金の請求について《注》	左記の健保組合等の電話番号	勤務期間
	組合番号	年 月
	保険証の記号・番号	出産予定日
記号	番号	年 月 日
有	無	
受給予定	受給しない	

《注》 出産手当金の日額が3,611円を上回る場合は受給対象期間について扶養認定できません。扶養認定のため、以前加入されていた保険者へ照会することがありますので同意のうえ申請ください。確認の結果、扶養認定後に出産手当金を受給されていた場合は、申請時に遡及して扶養を取り消し、その間の医療費や現物給付の返還を求めることになりますので予めご了承願います。

受付日付印