

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	⑤変更内容(削除(変更の場合))			⑥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) ケンボ	(名) 知ウ	年	月	日	★男	追加	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			平成・令和	年	月	日	
※		1 0	1 2 3 4	健保	太郎	昭和	平成	令和	4 3 0 8 1 2	女	削除2	1 6 0	1 0 1				
⑤個人番号				④郵便番号	②被保険者の住所			⑥被扶養者でない配偶者を有するときに記入してください			④備考						
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 1				1 0 7 0 0 5 2	※住所コード (フリガナ) トウキョウミナトウアカサカ1-8-1			東京都港区赤坂1-8-1			配偶者の年間収入	被保険者年間収入					
											円	円					

配偶者である被扶養者欄	⑤個人番号		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または被扶養者でなくなった理由
	2 3 4 5 6 7	ケンボ		ハナコ	昭和	平成	令和	4 4 0 7 0 9	★男 1 女 2	妻	平成・令和	0 1 0 5 0 1	平成・令和		主婦	
※		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		ご自分の住所をご記入ください												
②郵便番号		※住所コード		⑬被扶養者の住所(被保険者と別居の場合のみ記入)												
				(フリガナ)												
				その他の親族はこちらに記入												
											扶養される日にちをご記入ください		扶養する理由をご記入ください			
													退職の場合は雇用保険(失業給付)の受給有無等もご記入ください			
													H31.4.30退職 失業保険受給予定			

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または除かれた理由	
	※	(フリガナ) ケンボ	(名) ハナコ	昭和	平成	令和	4 4 0 7 0 9	★男 1 女 2	妻	平成・令和	0 1 0 5 0 1	平成・令和			
※	⑤個人番号														
※	(フリガナ) ケンボ	(名) ハナコ	昭和	平成	令和	4 4 0 7 0 9	★男 1 女 2	妻	平成・令和	0 1 0 5 0 1	平成・令和				
※	⑤個人番号														
※	(フリガナ) ケンボ	(名) ハナコ	昭和	平成	令和	4 4 0 7 0 9	★男 1 女 2	妻	平成・令和	0 1 0 5 0 1	平成・令和				
※	⑤個人番号														

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。令和 年 月 日	
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

出産(予定)により退職した者を扶養申請される方は、以前の健康保険について必ず記入してください。	以前の健康保険証の種類	左記の健保組合等の電話番号	勤務期間
	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	記号 番号	年 月 日
出産手当金の請求権 出産手当金の請求について《注》	有 無 受給予定 受給しない	年 月 日	年 月 日

《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被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