

健康保険被扶養者（異動）届

常務理事 事務長 係

GSK健保任意継続加入日（退職日の翌日）をご記入下さい

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|-----------|-----|------------|--------|---------|---|---------------------------------|-----|-------|---|----------|----|----------|--------|----|----|----|
| 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 | | | ⑧性別 | ⑨異動の別 | ⑩変更内容(削除(変更)の場合) | ⑪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) 知郎 | 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 | 千円 |
| | ※ | 99 | 健保 | 太郎 | 昭和 | 4 | 3 | 08 | 12 | 削除2 | 平成 | 令和 | 0 | 1 | | 05 | 01 |
| ⑤個人番号 | | | | | ④郵便番号 | | ②被保険者の住所 | | | ⑫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 | | | ⑬備考 | | | | |
| 012345678911 | | | | | 1070052 | | ※住所コード (フリガナ) トウキョウミナトウカサカ1-8-1 | | | 配偶者の年間収入 | | | 被保険者年間収入 | | | | |
| | | | | | | | 東京都港区赤坂1-8-1 | | | 円 | | | 円 | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|------------|--------------------------|-------|----|--------|-----|-----|----------------|----|---|-----------------------------|---|----|------------|----------------------------|----|---|---|----|
| 配偶者である被扶養者欄 | 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被扶養者でなくなった理由 | | | | |
| | (フリガナ) ケンボ | (名) ハナコ | 年 | 月 | 日 | ★男 | 妻 | 平成 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 平成 | 令和 | | 年 | 月 | 日 | 主婦 |
| | ※ | 健保 | 花子 | 昭和 | 4 | 4 | 07 | 09 | 女 | 2 | ※ | 0 | 1 | 05 | | 01 | | | 0円 |
| ⑭郵便番号 | | ⑮被扶養者の住所(被保険者と別居の場合のみ記入) | | | ⑯住所コード | | | ⑰その他の親族はこちらに記入 | | | GSK健保任意継続加入日(退職日の翌日)をご記入下さい | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|----------|-----|-------|---|---|-----|-----|------------|----|---|--------------|----|----|------------|---------------------|----------|----|--|
| 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) | (名) | 昭和 | 年 | 月 | 日 | ★男 | 平成 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 平成 | 令和 | 年 | 月 | 日 | |
| | ※ | | 令和 | | | | 女 | ※ | | | | | | | | | | |
| | ⑮個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (フリガナ) | (名) | 昭和 | 年 | 月 | 日 | ★男 | 平成 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 平成 | 令和 | 年 | 月 | 日 | |
| | ※ | | 令和 | | | | 女 | ※ | | | | | | | | | | |
| ⑮個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (フリガナ) | (名) | 昭和 | 年 | 月 | 日 | ★男 | 平成 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 平成 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | |
| ※ | | 令和 | | | | 女 | ※ | | | | | | | | | | | |
| ⑮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

| | | | | |
|--|-----------------|-------------|---------------|-------|
| <p>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。</p> | 以前の健康保険証の種類 | 組合名 () | 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 | 保険証の記号・番号 | 年 月 |
| | 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 | 出生予定日 |
| <p>出産手当金の請求権</p> <p>出産手当金の請求について《注》</p> | | | 有 無 | 年 月 日 |
| | | | 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消し、その間の医療費や現物給付の返還を求めますので予めご了承願います。

受付日付印