

提出先 本人→人事総務担当→健保

この様式は申請事由発生後遅滞なく提出してください

健康保険 被扶養者異動届（加入者用）

記入例

ロートグループ健康保険組合 理事長 殿

1. 申請内容

提出日 6 年 12 月 5 日

本人	被保険者等	記号 〇〇〇	番号 〇〇〇〇	住所	〒 123 - 4567 住民票住所を記入				
	氏名	健保 太郎 (50 歳)			大阪市生野区〇〇町1-1				
申請家族	カナ	ケンポ ハナコ		続柄	生年月日	年齢	性別	配偶者有無	
	氏名	健保 花子		長女	☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和 〇 年 〇 月 〇 日	24 歳	男 ☐ 女	あり ☒ なし	
	同居区分	住民票住所を記入(別居の場合のみ)			郵便物送付先住所を記入(左記と同じ場合不要/別居の場合のみ)				
	☒ 同居 ☐ 別居	〒			〒				
	現在・直近で加入していた健康保険		☐ 国保 ☒ 前会社の健保 ☐ 任意継続保険 ☐ 無保険 (年 月から)						
	異動年月日	令和6 年 12 月 1 日		異動理由	退職したため ※に該当する場合にのみ、 チェックしてください。				
	個人番号 (マイナンバー)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3	資格確認書発行要否 ☐ 発行が必要 ※以下に該当する場合に限りです。 ・マイナンバーカードを取得していない、又はマイナンバーカードの返納者 ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない ・マイナ保険証の利用登録解除者 ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者						

2. 申請家族の職業・収入等

(1) 申請時点での収入 ☐ あり(以下記入) ☒ なし [給与] 円/月 円/年 勤務先: _____ 職 種: _____ 1日の労働時間 : 約 H 1か月の勤務日数: 約 日 [年金] 種類: _____ 金額: 計 _____ [確定申告者] 業 種: _____ 総売上: 円 所得額: 円 [公的保険給付](健保給付金/失業手当等) ☐ あり(以下記入) ☐ なし 種類: _____ 金額(日額換算): 円/日	(2) 申請理由が退職の場合 [雇用保険の加入] ☒ あり ⇒ 誓約書を記入 ☐ なし ⇒ なしの理由 _____ (3) 別居している場合 ☐ 単身赴任(以下記入不要) ☐ 単身赴任以外(以下記入) [別居の状況] _____ [仕送り] 被保険者本人からの仕送り 円/月 その他家族からの仕送り 円/月
---	--

事業主	事業主記入欄
所在地	
事業所名称	
事業主氏名 (社労士届出代行)	

受付印

【健保記入欄】

常務理事	事務長	担当者	担当者	認定可否 ☐ 認定 ☐ 否認
				認定日: 年 月 日
				本 人: 千円