

[記入例]

明電舎健康保険組合 理事長 殿

健康保険被扶養者届

- 増員
- 減員
- 現在

該当するものにレ点をつける。

※マイナンバー欄は増員時のみ記入のこと。

必ず記入すること。

令和〇〇年〇月〇日提出

被保険者証の記号・番号

押印（シャチハタ可。捺印、日付印不可。）

今回、扶養申請する方の分のみ記入してください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|------|-------------------|-----|--------|---------------------------------------|-----------------------------|-----------|----|----|---------------------------------------|------|---------|---|------|----------------------------|---------------------------------------|------------|----|----|----------------|--------|--|
| 被保険者 | 記号 | 〇〇 | 番号 | 〇〇〇〇〇〇 | フリガナ | 明電 | メイデン | 太郎 | 性別 | <input checked="" type="checkbox"/> 男 | 生年月日 | 〇〇年〇月〇日 | | | | | | | | | | |
| | 所属 | ×××××部 ××××課 ×××掛 | | | 住所 | 〒***-**** 〇〇県〇〇市〇〇区××-××-×× | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被扶養者 | フリガナ | 明電 | サクラ | 性別 | <input checked="" type="checkbox"/> 女 | 生年月日 | ××年××月××日 | 年齢 | ×× | 続柄 | 長女 | 職業 | — | 年金受給 | <input type="checkbox"/> 有 | <input checked="" type="checkbox"/> 同 | 認定年月日※健保記入 | 事由 | 出生 | 上段：マイナンバー(増員時) | 下段：備考欄 | |
| | 氏名 | 明電 | 桜 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

◆注意◆
 被扶養者に異動があった場合、**5日以内**に届出をすることが法律で定められています。
 但し明電健保では、**出生の場合は1ヶ月以内**に届出をした場合に限り、出生日に遡って認定することが可能です。（それ以降に届出をした場合は健保受付日が認定日となります。）
出生以外の場合は健保受付日より2週間まで遡って認定することが可能です。
 これらの期間内に届出が困難な場合（提出書類が揃わない、等）は、事業所の健保担当者に事前にご相談ください。

該当する方にレ点をつける。

出生日を記入

退職日を記入

収入の減少 雇用契約変更日を記入

就職した日を記入。
 ※就職後、国保に加入する場合は備考欄に記入。

収入限度額を超えたことが判明した日を記入。
 ※国保に加入の場合は備考欄に記入。

死亡 亡くなった日を記入

結婚 結婚した日を記入(例：子が結婚をして扶養を外れる場合)

被保険者の転籍日(嘱託再雇用日)を記入

別世帯の場合は、別に「別居申請書」を提出のこと。

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|---|----|-----|----|----|----|----|----|----|----|---|-----|-----|----|----|-----|
| (男) 続柄 | 父 | 祖父 | 曾祖父 | 養父 | 長男 | 七男 | 養子 | 義父 | 兄弟 | 叔父 | 甥 | 義祖父 | 伯父 | 義兄 | 義姉 | その他 |
| (女) 続柄 | 母 | 祖母 | 曾祖母 | 養母 | 長女 | 七女 | 養女 | 義母 | 姉 | 妹 | 孫 | 叔母 | 義祖母 | 義姉 | 義妹 | その他 |

所在地
 名称
 事業主

印

| | | | |
|------|-----|----|--------|
| 常務理事 | 事務長 | 受付 | 事業所担当者 |
| | | | |

各事業所の健保担当者の受付印(日付印)を押印。