

**【記入例】** 該当するものにレ点をつける。

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

必ず記入すること。

申請者本人（被保険者）が作成した申請書である

被保険者証の記号・番号

令和〇〇年〇月〇日提出

◆注意◆  
審査提出書類が後送になる場合は、事前に各事業所健保担当者にご連絡ください。

今回、扶養申請する方の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	氏名	メイデン	タロウ	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	〇〇年〇月〇日
	所属	××××部 ××××課		住所	〒***-**** 〇〇県〇〇市〇〇区××-××-××								
被扶養者	フリガナ	氏名	性別	生年月日	年齢	続柄	職業	年金受給	世帯別	認定年月日※健保記入 事由発生年月日	事由 (出生・就職等)	備考欄	
	メイデン	氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	××年××月××日	××	長女	—	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	令和 年 月 日	出生	出生日を記入	
	(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日			無職	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	令和 年 月 日	退職	退職日を記入	
	(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日			パート	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同 <input checked="" type="checkbox"/> 別	令和 年 月 日	収入の減少	雇用契約変更日を記入	
	(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日			会社員	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	令和 年 月 日	就職	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。	
	(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日			アルバイト	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同 <input checked="" type="checkbox"/> 別	令和 年 月 日	収入超過	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。	
	(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日			—	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	令和 年 月 日	死亡	亡くなった日を記入	
	(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日			パート	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同 <input checked="" type="checkbox"/> 別	令和 年 月 日	結婚	結婚又は離婚した日を記入(例：子が結婚をして扶養を外れる)	
(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日			高校2年	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	令和 年 月 日	転籍 (嘱託再雇用)	被保険者の転籍日(嘱託再雇用日)を記入		

左下：続柄記入例を参考に記入

該当する方にレ点をつける。

\*続柄記入例

(男)	父	祖父	曾祖父	養父	養祖父	長男	七男	養子	養父	兄弟	孫	甥	義祖父	伯父	義兄	その他
(女)	母	祖母	曾祖母	養母	養祖母	長女	七女	養女	義母	姉妹	孫	姪	義祖母	伯母	義姉	その他

別世帯の場合は、別に「別居申請書」を提出のこと。

所在地  
名称  
事業主

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。