

# 健康保険 被扶養者異動届 (増)

健保組合		
常務理事	事務長	担当者

健康保険組合 の受付印
日付印

健康保険被保険者証	
記号	番号 (左づめで記入)

令和 年 月 日提出
------------

被保険者の氏名	
(氏)	(名)

事業所名		電話番号	自宅
所属 (または出向先)	部	店・グループ 課・室	職場
被保険者住所	〒		携帯

対象者の氏名	生年月日	性別	続柄	同居	別居 単身赴任 施設入居 その他	学生	収入		申請理由	事由発生 年月日	税扶養	*健保記入欄 (認定年月日)
							内訳	平均月額 (税込)				
(フリガナ)	昭平 年 月 日	男					なし・年金 給与収入 その他	円	1.子の出生 2.収入減 3.退職 (結婚・出産・その他( )) 4.雇用保険受給終了 5.その他( )	令和 年 月 日	有 無	* 年 月 日
	マイナンバー (個人番号)											
(フリガナ)	昭平 年 月 日	男					なし・年金 給与収入 その他	円	1.子の出生 2.収入減 3.退職 (結婚・出産・その他( )) 4.雇用保険受給終了 5.その他( )	令和 年 月 日	有 無	* 年 月 日
	マイナンバー (個人番号)											
(フリガナ)	昭平 年 月 日	男					なし・年金 給与収入 その他	円	1.子の出生 2.収入減 3.退職 (結婚・出産・その他( )) 4.雇用保険受給終了 5.その他( )	令和 年 月 日	有 無	* 年 月 日
	マイナンバー (個人番号)											
(フリガナ)	昭平 年 月 日	男					なし・年金 給与収入 その他	円	1.子の出生 2.収入減 3.退職 (結婚・出産・その他( )) 4.雇用保険受給終了 5.その他( )	令和 年 月 日	有 無	* 年 月 日
	マイナンバー (個人番号)											

【添付書類】 1.「家族状況報告書」をご記入のうえ提出ください。  
 2.「被扶養者を申請するときの添付書類」を参照のうえ、必要書類を提出ください。  
**※マイナンバーは必ずご記入ください。**  
 ※申請内容に不備があった場合には、遡って扶養を取り消し、その期間中に利用した診療費等を請求することになります。  
 ※社会通念上、申告額と生活実態が著しくかけ離れていると判断された場合は、認定しない場合もあります。

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号	( )	局 番
令和 年 月 日		

# 健康保険 被扶養者異動届 (増)

健康保険組合  
の受付印

日付印

健康保険被保険者証	
記号	番号 (左づめで記入)

令和 年 月 日提出

被保険者の氏名

(氏) (名)

事業所名		電話番号	自宅
所属 (または出向先)	部	店・グループ 課・室	職場
被保険者住所	〒		
			携帯

対象者の氏名	生年月日	性別	続柄	同居	別居 単身赴任 施設入居 その他	学生	収入		申請理由	事由発生 年月日	税扶養	*健保記入欄 (認定年月日)
							内訳	平均月額 (税込)				
(フリガナ)	昭平 年 月 日	男					なし・年金 給与収入 その他	円	1.子の出生 2.収入減 3.退職 (結婚・出産・その他( )) 4.雇用保険受給終了 5.その他( )	令和 年 月 日	有 無	* 年 月 日
	マイナンバー (個人番号)	女					( )					
(フリガナ)	昭平 年 月 日	男					なし・年金 給与収入 その他	円	1.子の出生 2.収入減 3.退職 (結婚・出産・その他( )) 4.雇用保険受給終了 5.その他( )	令和 年 月 日	有 無	* 年 月 日
	マイナンバー (個人番号)	女					( )					
(フリガナ)	昭平 年 月 日	男					なし・年金 給与収入 その他	円	1.子の出生 2.収入減 3.退職 (結婚・出産・その他( )) 4.雇用保険受給終了 5.その他( )	令和 年 月 日	有 無	* 年 月 日
	マイナンバー (個人番号)	女					( )					
(フリガナ)	昭平 年 月 日	男					なし・年金 給与収入 その他	円	1.子の出生 2.収入減 3.退職 (結婚・出産・その他( )) 4.雇用保険受給終了 5.その他( )	令和 年 月 日	有 無	* 年 月 日
	マイナンバー (個人番号)	女					( )					

【添付書類】 1.「家族状況報告書」をご記入のうえ提出ください。  
2.「被扶養者を申請するときの添付書類」を参照のうえ、必要書類を提出ください。

※マイナンバーは必ずご記入ください。

※申請内容に不備があった場合には、遡って扶養を取り消し、その期間中に利用した診療費等を請求することになります。

※社会通念上、申告額と生活実態が著しくかけ離れていると判断された場合は、認定しない場合もあります。

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号	( )	局番

令和 年 月 日

OTG健康保険組合理事長

適用-1

上記のとおり認定しましたので通知します。