

# 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)							
1	2	3	4	5	6	7	8	

令和 ○年 △月 ◇日提出

被保険者の氏名	
(氏) ケンポ	(名) タロウ
<b>健保</b>	<b>太郎</b>

事業所名	大阪○×△(株)		電話 番号	自宅	×××-××××-××××
所属 (または出向先)	○ × 部	△ □		職場	×××-××××
被保険者住所	〒123-4567 ◇◇府○△市◇町×-×-×			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) ケンポ ハナ <b>健保 花</b>	昭平 令 ○ × × △ ○ ×	男 <b>女</b>	長女	○			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
(フリガナ)	昭平 令	男 女					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
(フリガナ)	昭平 令	男 女					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
(フリガナ)	昭平 令	男 女					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

【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

〒 **2ページ目も記入下さい** (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)

1 2 3 4 5 6 7 8

被保険者の氏名

(氏) **ケンポ** (名) **タロウ**  
**健保 太郎**

令和 ○年 △月 ◇日提出

事業所名	<b>大阪○×△(株)</b>		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	〒123-4567			携帯	×××-××××-××××
	◇◇府○△市◇町×-×-×				

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) <b>ケンポ ハナ</b> <b>健保 花</b>	昭平令 ○ × × △ ○ ×	男 <b>女</b>	<b>長女</b>	○					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	<b>有</b> 無	* 年 月 日
(フリガナ)	昭平令	男 女							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
(フリガナ)	昭平令	男 女							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
(フリガナ)	昭平令	男 女							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

【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。