|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **被扶養者異動 増加届 （在職者用）**  **提出先**  **■ 在職者：勤務先の健保業務担当部門** | | | | | | | | | | | | ・「姓名」に使用できる漢字は『JIS第一水準・JIS第二水準』のみです。それ以外の文字は使用できませんので、代替文字での表記となります。  ・「続柄」は戸籍通りに記入してください ※〝子〟ではなく〝長男〟というように | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 被 保 険 者 等 | | | | 提出日 | 令和 年 月 日 | | | 所属 |  | | | | TEL：  内線： | |
| 記　号 | | 番　号 | |
|  | |  | | 被保険者  氏 名 |  | | | 被保険者  居所 | □住民票と同じ  □住民票と異なる➡ | | 〒 － | | | |
| 姓（カナ） | | | 名（カナ） | | 性別 | 生　年　月　日 | | 続柄 | 異 動 日・異 動 の 理 由  ↓ 異動理由番号記入欄 | | | | | 認定年月日 |
| 姓 | | | 名 | |
|  | | |  | | 1 男  2 女 | 5 昭和  7 平成  9 令和 | 年　　月　　日 |  | 令和  年 月 日 |  | | 【 増加 異動理由番号】  1.出生  2.結婚  3.同居  4.養子縁組  5.資格取得  6.失給受給終了  8.退職  7.その他（理由記入↓）  （　　　　　　　　　　　） | | 年 月 日 |
|  | | |  | |
| 認定対象者  居所 | | | □住民票と同じ  □住民票と異なる➡ | | 〒　　　－ | | | | | | |
|  | | |  | | 1 男  2 女 | 5 昭和  7 平成  9 令和 | 年　　月　　日 |  | 令和  年 月 日 |  | | 年 月 日 |
|  | | |  | |
| 認定対象者  居所 | | | □住民票と同じ  □住民票と異なる➡ | | 〒　　　－ | | | | | | |
|  | | |  | | 1 男  2 女 | 5 昭和  7 平成  9 令和 | 年　　月　　日 |  | 令和  年 月 日 |  | | 年 月 日 |
|  | | |  | |
| 認定対象者  居所 | | | □住民票と同じ  □住民票と異なる➡ | | 〒　　　－ | | | | | | |

|  |
| --- |
| 「添付書類一覧表」を確認し、必要とされる書類を添付してください。※状況により追加で書類の提出をお願いする場合も有ります |
| ◆被保険者の住所と増加する扶養申請者の住所が異なる場合、別途「住所変更・別居・同居 申請書」の提出も必要です。（重複するものは１部で可）  ◆義務教育就学～74歳で、市区町村の医療費助成（障害・子ども医療・ひとり親 等）を**受けている**場合は、別途「医療費助成資格取得届」を、 未就学児で、市区町村の医療費助成を**受けていない**場合は、別途「医療費助成不該当登録届」をご提出ください。  ◆マイナ保険証をお持ちの方は、扶養認定されたことを「マイナポータル」または「資格情報のお知らせ」でご確認ください。  ◆マイナ保険証をお持ちでない方には保険証の代わりに「資格確認書」を健保より自動的に交付します。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 健　康　保　険　組　合 | | |
| ＧＬ | 担当者 | 担当者 |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 事業所担当者 |
|  |