事業所担当者

健　康　保　険　組　合		
ＧＬ	担当者	担当者

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 記号	被保険者等 番号	提出日	令和　年　月　日	所属		TEL： 内線：
		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） 姓	名（カナ） 名	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
		1 男 2 女	5 昭和 7 平成 9 令和　年　月　日		令和　年　月　日	
認定対象者 居所	□住民票と同じ □住民票と異なる➡	〒　－				年　月　日
		1 男 2 女	5 昭和 7 平成 9 令和　年　月　日		令和　年　月　日	
認定対象者 居所	□住民票と同じ □住民票と異なる➡	〒　－				年　月　日
		1 男 2 女	5 昭和 7 平成 9 令和　年　月　日		令和　年　月　日	
認定対象者 居所	□住民票と同じ □住民票と異なる➡	〒　－				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↓）

（　　）

「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。