

正

(健保控)

被扶養者届(異動届)

常務理事	事務長		担当

※太枠内をご記入ください

※扶養認定日は、健保が届出に基づき審査をして認めた日付になります。

被 保 険 者	被保険者証の記号番号		氏名		印	事業所の名称(会社名)	所属部署			
	生年月日		昭・平			被保険者の家族状況	夫or妻(有・無) 父(有・無) 母(有・無) 兄or姉(有・無) 弟or妹(有・無)			
	資格取得年月日	昭・平		住所	〒		この届を出す際の標準報酬月額			
添付する書類(チェックを付けてください)		<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 給与明細 <input type="checkbox"/> 健康保険資格喪失証明書 <input type="checkbox"/> 源泉徴収票 <input type="checkbox"/> 年金振込通知書 <input type="checkbox"/> 仕送証明 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 被扶養者状況届 <input type="checkbox"/> 非課税証明書 <input type="checkbox"/> 退職証明書 <input type="checkbox"/> 在学証明書 <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 離職票 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証 <input type="checkbox"/> 確定申告控 <input type="checkbox"/> 障害者手帳								千円

※「妻」「長男」「二女」「義母」「内縁の妻」など詳しく記入ください

※乳幼児の場合「未就学」「保育園」など、学生の場合「小学5年」「大学3年」など、18歳以上で無職の場合「専業主婦」「長期療養中」など、具体的に記入ください

※別居の場合は、必ず住民票上の住所を記入ください(居所と住民票が異なる場合は両方記入してください)

※被保険者の資格取得と同時の場合は「日付＝取得日、事由＝取得」、扶養する方の退職の場合は「日付＝退職日翌日、事由＝退職」、結婚の場合は「日付＝入籍日、事由＝婚姻」、就職の場合は「日付＝就職日、事由＝就職」など記入ください

区分	フリガナ氏名	性別	続柄	職業	今後の収入予定	今後の収入予定が「有」の場合の収入の種類	世帯別	世帯が「別居」の場合の住所	扶養されるようになった、または扶養されなくなった日付および事由	健保使用欄
----	--------	----	----	----	---------	----------------------	-----	---------------	---------------------------------	-------

被 扶 養 者 に つ い て 記 入 し て く だ さ い	増・減	氏名	男・女		有・無	給与・事業収入・年金 失業給付・その他	同居・別居	〒	日付	事由	年 月 日
		個人番号	生年月日	昭・平	年 月 日	年 月 日					
	増・減	氏名	男・女		有・無	給与・事業収入・年金 失業給付・その他	同居・別居	〒	日付	事由	年 月 日
増・減	氏名	男・女		有・無	給与・事業収入・年金 失業給付・その他	同居・別居	〒	日付	事由	年 月 日	

※本書に記入していただいた個人情報適切に取扱い、目的外には使用いたしません。

上記のとおり提出します

平成 年 月 日

受付日付印

事業所所在地	印
事業所名称	
事業主名	

社会保険労務士の 提出代行者	印
-------------------	---

副

(各社控)

被扶養者認定・削除決定通知書

※扶養認定日は、健保が届出に基づき審査をして認めた日付になります。

被 保 険 者	被保険者証の記号番号		氏名	印	事業所の名称(会社名)	所属部署		
	生年月日		昭・平 年 月 日		被保険者の 家族状況	夫or妻(有・無) 父(有・無) 母(有・無) 兄or姉(有・無) 弟or妹(有・無)		
	資格取得 年月日	昭・平 年 月 日	住所		〒			
添付する書類(チェックを付けてください)		<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 給与明細 <input type="checkbox"/> 健康保険資格喪失証明書 <input type="checkbox"/> 源泉徴収票 <input type="checkbox"/> 年金振込通知書 <input type="checkbox"/> 仕送証明 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 被扶養者状況届 <input type="checkbox"/> 非課税証明書 <input type="checkbox"/> 退職証明書 <input type="checkbox"/> 在学証明書 <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 離職票 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証 <input type="checkbox"/> 確定申告控 <input type="checkbox"/> 障害者手帳						千円

区分	フリガナ 氏 名	性別	続柄	職業	今後の 収入予定	今後の収入予定が「有」 の場合の収入の種類	世帯別	世帯が「別居」の場合の住所	扶養されるようになった、または扶養 されなくなった日付および事由	健保使用欄
----	-------------	----	----	----	-------------	--------------------------	-----	---------------	-------------------------------------	-------

被 扶 養 者 に つ い て 記 入 し て く だ さ い	増・減	氏 名	男・女		有・無	給与・事業収入・年金 失業給付・その他	同居・別居	〒	日付	事由	年 月 日
		個人番号	生年月日	昭・平	年 月 日	年 月 日					
	増・減	氏 名	男・女		有・無	給与・事業収入・年金 失業給付・その他	同居・別居	〒	日付	事由	年 月 日
		個人番号	生年月日	昭・平	年 月 日	年 月 日					
	増・減	氏 名	男・女		有・無	給与・事業収入・年金 失業給付・その他	同居・別居	〒	日付	事由	年 月 日
		個人番号	生年月日	昭・平	年 月 日	年 月 日					

※本書に記入していただいた個人情報適切に取扱い、目的外には使用いたしません。

上記のとおり被扶養者認定または削除を決定しましたので通知します

リクルート健康保険組合