

【家族の加入】

健康保険

被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	担当

※添付書類については、別紙「被扶養者申請に必要な添付書類」をご参照の上、必要書類を添付してください。

被保険者証の記号・番号	記号 90	番号 2345 (枝番) 01	事業所の名称 (株)リクルート	会社名
被保険者の氏名と印	健保 太郎		被保険者の生年月日	昭和 49年 8月 7日 生まれ
被保険者の住所・電話	〒106-0001 東京都品川区南品川1-2-3		収入(年収)	800 万円
資格取得日	2.平成 3年 2月 1日	被扶養者申請人数	3名	届出時点の収入
申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input checked="" type="checkbox"/> チェック	個人番号	氏名	健保 花子
生年月日・年齢	昭和 平成 令和	続柄	妻	今迄に加入していた健康保険と喪失日
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 住所が被保険者と同じ ※被保険者と同居の場合は <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください。下記の記入は省略できます。			
収入	前年年収 96 万円	直近の月収(月収見込) 8 円	今後の収入の有無	給与 失業給付 年金 4.自営収入 5.不動産収入 6.利子配当 7.その他
扶養されるようになった(増)・扶養されなくなった(減)日	3年 2月 1日	理由	取得	健康使用欄
送金	有	別居世帯の人数と世帯全員分の生活費(月額)	名	円/月
あなたの配偶者の有無	無	状況	未婚・離婚・死別・離婚予定の別居	万円 直近の月収 円
1月1日時点住民票住所	〒			

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。

上記の通り提出いたします。

令和 年 月 日

事業主	郵便番号 〒	印
社会保険発提出代行者	※記入不要※ 事業主が記入する欄です。	印
申請者の印が		
確認	<input type="checkbox"/>	①申請者本人(被保険者)が作成したものである ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している

受付日付

健康保険 被扶養者(異動)届

申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 ※ <input checked="" type="checkbox"/> チェック	フリガナ	ケンポ イチロウ		性別	男・女					
個人番号		氏名	健保 一郎								
9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8
生年月日・年齢	昭和 平成 令和		14 年 5 月 6 日		18 歳	続柄	長男		今迄に加入していた健康保険と喪失日	1.健康保険の被保険者 2.家族の健康保険の被扶養者 3.国民健康保険 (3年 2月 1日喪失 or 加入中)	
住所	<input type="checkbox"/> 住所が被保険者と同じ ※被保険者と同居の場合は <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください。下記の記入は省略できます。 〒 530-8240 大阪府大阪市北区梅田1-2-3 グランオオサカ405										
収入	前年年収	直近の月収(月収見込)	今後の収入の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	今後の収入予定の種類	1.給与 4.自営収入 7.その他 2.失業給付 5.不動産収入 () 3.年金 6.利子配当 ※複数選択可					
扶養されるようになった(増)日	被保険者と別居の場合は、必ずご記入ください。		理由	取得		健保使用欄	※記入不要※ 健保使用欄				
2	※扶養したい方と別居の場合は、下記ご記入ください。 送金 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 送金方法 振込 <input checked="" type="checkbox"/> 書留 送金額 150,000円/月 別居世帯の人数と世帯全員分の生活費(月額) 1名 150,000円/月 ※扶養したい方が子の場合は、下記ご記入ください。 あなたの配偶者の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 → 配偶者の収入 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 前年年収 96万円 直近の月収 8円 ※1月1日時点の住民票住所が、届出住所と違う場合は以下ご記入ください。 1月1日時点住民票住所 〒 106-0001 東京都品川区南品川1-2-3										

収入は給与だけではなく、自営業や業務委託などの事業収入(『総収入から「直接的必要経費」を差し引いた額)、出産手当金、育児休業給付、傷病手当金などの休業補償金も含まれます。収入とみなすものの詳細はリクルート健保HPにてご確認ください。

申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 ※ <input checked="" type="checkbox"/> チェック	フリガナ	ケンポ イチロウ		性別	男・女					
個人番号		氏名	健保 花								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
生年月日・年齢	昭和 平成 令和		18 年 7 月 6 日		14 歳	続柄	長女		今迄に加入していた健康保険と喪失日	1.健康保険の被保険者 2.家族の健康保険の被扶養者 3.国民健康保険 (3年 2月 1日喪失 or 加入中)	
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 住所が被保険者と同じ ※被保険者と同居の場合は <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください。下記の記入は省略できます。 〒										
収入	前年年収	直近の月収(月収見込)	今後の収入の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	今後の収入予定の種類	1.給与 4.自営収入 7.その他 2.失業給付 5.不動産収入 () 3.年金 6.利子配当 ※複数選択可					
扶養されるようになった(増)日	3年 2月 1日		理由	取得		健保使用欄	※記入不要※ 健保使用欄				
3	※扶養したい方と別居の場合は、下記ご記入ください。 送金 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 送金方法 振込 <input checked="" type="checkbox"/> 書留 送金額 円/月 別居世帯の人数と世帯全員分の生活費(月額) 名 円/月 ※扶養したい方が子の場合は、下記ご記入ください。 あなたの配偶者の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 → 配偶者の収入 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 前年年収 96万円 直近の月収 8円 ※1月1日時点の住民票住所が、届出住所と違う場合は以下ご記入ください。 1月1日時点住民票住所 〒										