

【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。

被保険者情報	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	会社名 (株)リクルート
	被保険者の氏名	健保 太郎		被保険者の生年月日 ①.昭和 49年 8月 7日 生まれ 2.平成 3.令和
	被保険者の居住住所	〒 106-0001 東京都品川区南品川1-2-3	TEL () - () - ()	「増」に○をし、申請人数を記入してください。
	資格取得日	2.平成 3年 2月 1日 ③.令和	被扶養者申請人数 3名	届出時の収入 (年収) 800 万円 前年年収または年収見込み

被扶養者情報	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 (氏)	健保 花子	
	生年月日 年齢	昭和 平成 令和	妻・長男・二女・義母・内縁の妻など戸籍上の続柄を記入してください。	続柄	妻	
	住民票住所	〒 106-0001 東京都品川区南品川1-2-3		住民票住所と居住住所をそれぞれ記入してください。		
	居住住所	<input checked="" type="checkbox"/> 居住住所が被保険者と同じ ※被保険者と同居の場合は				
	収入	前年年収 96 万円	直近の月収(月収見込) 80,000 円	今後の収入の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	今後の収入の種類	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)・扶養されなくなった(減)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
	送金	有	円/月	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	有	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。

事業主記入欄	上記の通り提出いたします	郵便番号 〒	<p>※記入不要※ 事業主が記入する欄です。</p>	日
	事業主 名称 氏名	住所		受付日付
社会保険労務士の提出代行者名記載欄				

健康保険 被扶養者(異動)届

申請区分	<input 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	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
個人番号		氏名	(氏) (名)			
9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8		健保 一郎				
生年月日 年齢	昭和 平成 令和	14 年 5 月 6 日	21 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 (1と2の場合 令和3年 2月 1日喪失) 3.国民健康保険 加入中
住民票住所	<input type="checkbox"/> 被扶養者情報1と同じ場合は <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					
居住住所	<input type="checkbox"/> 被扶養者情報1と同じ場合は <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"/>	今後の収入予定と種類	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)・扶養されなくなった(減)日	年 月 日		理由	取得	健保使用欄	※記入不要※ 健保使用欄
被保険者と別居の場合は、必ずご記入ください。 ※扶養していな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・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 の場合	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
	<input type="checkbox"/> 無 の場合	状況	未婚・離婚・死別・離婚予定の別居			
※1月1日時点の住民票住所が、届出住所と違う場合は 1月1日時点住民票住所 〒 106-0001 東京都品川区南品川1-2						

収入は給与だけでなく、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 花		性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>
個人番号		氏名	(氏) (名)			
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		健保 花				
生年月日 年齢	昭和 平成 令和	18 年 7 月 6 日	18 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 (1と2の場合 令和3年 2月 1日喪失) 3.国民健康保険 加入中
住民票住所	<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者情報1と同じ場合は <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。					
居住住所	<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者情報1と同じ場合は <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"/>	今後の収入予定と種類	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)・扶養されなくなった(減)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
※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 type="checkbox"/> 無	送金方法	振込・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 の場合	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
	<input type="checkbox"/> 無 の場合	状況	未婚・離婚・死別・離婚予定の別居			
※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 〒						