

◆本書類に併せ、該当する「被扶養者現況届」と現況届に記載の必要書類をセットして、事業所の健保担当経由で健保に提出してください。

健康保険被扶養者異動届（扶養開始）

事業所欄	申請内容に相違がないことをご確認のうえ、 事業所印を押してください。	常務理事	事務長	健保受付印
		担当者	担当者	
社会保険労務士記載欄				
代表者印（丸印）不要				

※自筆の場合は捺印不要。訂正する場合は、二重線で抹消し、訂正印を押してください。

被保険者	保険証番号	1	-	123456	事業所名	株式会社 住重健保
	被保険者氏名	住重 健太			生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日
					電話番号 (日中連絡先)	03-××××-××××

今回扶養に入れる家族欄①	ふりがな	すみじゆう やすこ	続柄	性別	生年月日
	氏名	住重 康子	妻	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日
	居住	現住所（同居の場合は記入不要）		異動年月日	
	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	東京都品川区大崎××-××		令和 6 年 ×× 月 ×× 日	
	個人番号	障がいの有無		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	※「有」で医療費の助成を受けている場合、障がい者手帳および医療受給者証のコピーを併せてご提出ください。
申請理由	<input type="checkbox"/> 被保険者の入社 <input checked="" type="checkbox"/> 結婚（事実婚含む） <input type="checkbox"/> 転籍 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 雇用保険終了 <input type="checkbox"/> その他（ ）		健保記入欄	認定日： / / 給付制限： / / 高齢受給者： <input type="checkbox"/>	
今回扶養に入れる家族欄②	ふりがな		続柄	性別	生年月日
	氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	居住	現住所（同居の場合は記入不要）		異動年月日	
	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			令和 年 月 日	
	個人番号	障がいの有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※「有」で医療費の助成を受けている場合、障がい者手帳および医療受給者証のコピーを併せてご提出ください。
申請理由	<input type="checkbox"/> 被保険者の入社 <input type="checkbox"/> 結婚（事実婚含む） <input type="checkbox"/> 転籍 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 雇用保険終了 <input type="checkbox"/> その他（ ）		健保記入欄	認定日： / / 給付制限： / / 高齢受給者： <input type="checkbox"/>	
今回扶養に入れる家族欄③	ふりがな		続柄	性別	生年月日
	氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	居住	現住所（同居の場合は記入不要）		異動年月日	
	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			令和 年 月 日	
	個人番号	障がいの有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※「有」で医療費の助成を受けている場合、障がい者手帳および医療受給者証のコピーを併せてご提出ください。
申請理由	<input type="checkbox"/> 被保険者の入社 <input type="checkbox"/> 結婚（事実婚含む） <input type="checkbox"/> 転籍 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 雇用保険終了 <input type="checkbox"/> その他（ ）		健保記入欄	認定日： / / 給付制限： / / 高齢受給者： <input type="checkbox"/>	