被保険者→事業所健保担当者（事業所欄押印のうえ）→健保

住友重機械健康保険組合　理事長　殿

提出日：令和　　年　　月　　日

◆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	
	代表者印（丸印）不要

健保組合	常務理事	事務長
	担当者	担当者

健保受付印

社会保険労務士記載欄

※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						
被保険者記号・番号		－		事業所名		
被保険者氏名	㊞			生年月日	□ 昭和 □ 平成	年　月　日
				電話番号（日中連絡先）		

今回扶養に入れる家族欄①					
ふりがな		続柄	性別	生年月日	
氏名			□ 男 □ 女	□ 昭和 □ 平成 □ 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	
□ 同居 □ 別居				令和　年　月　日	
個人番号		障がいの有無	□ 有 □ 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	□ 被保険者の入社　□ 結婚（事実婚含む） □ 転籍　□ 出生　□ 離職　□ 収入減 □ 雇用保険終了　□ その他　（　　）			健保記入欄	認定日：　/　/ 給付制限：　/　/ 高齢受給者：□

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			□ 男 □ 女	□ 昭和 □ 平成 □ 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	
□ 同居 □ 別居				令和　年　月　日	
個人番号		障がいの有無	□ 有 □ 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	□ 被保険者の入社　□ 結婚（事実婚含む） □ 転籍　□ 出生　□ 離職　□ 収入減 □ 雇用保険終了　□ その他　（　　）			健保記入欄	認定日：　/　/ 給付制限：　/　/ 高齢受給者：□

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			□ 男 □ 女	□ 昭和 □ 平成 □ 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	
□ 同居 □ 別居				令和　年　月　日	
個人番号		障がいの有無	□ 有 □ 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	□ 被保険者の入社　□ 結婚（事実婚含む） □ 転籍　□ 出生　□ 離職　□ 収入減 □ 雇用保険終了　□ その他　（　　）			健保記入欄	認定日：　/　/ 給付制限：　/　/ 高齢受給者：□