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　6　年　12　月　〇　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	
	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。 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	××××　－　123456			事業所名	株式会社〇〇〇〇	
被保険者氏名	住重　健太　㊞			生年月日	☑ 昭和 ☐ 平成　××　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	すみじゅう　やすこ	続柄	性別	生年月日	
氏名	住重　康子	妻	☐ 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	東京都品川区大崎××ー××			令和　6　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：☐