

健康保険被扶養者（異動）届

(注意事項)

- ・異動区分「増」の場合：「個人番号」の記入誤りには十分ご注意ください。
- ・異動区分「減」の場合：「個人番号」の記入は不要です。資格確認書の交付を受けている方は返納してください。

被保険者等 記号・番号	(記号)	(番号)	被保険者 氏名		男・ 女	(健保使用欄)	常務理事	
被保険者 住所	(〒 -)							
※① 異動区分に○を つける被扶養者 申請する ください	異動区分	フリガ 氏名	続柄	性別	同居 居別	生年月日	職業	被扶養者となった日・ならなくなった日 個人番号
	増・減			男・女	同居 別居	昭平 合	有・無	
	増・減			男・女	同居 別居	昭平 合	有・無	
	増・減			男・女	同居 別居	昭平 合	有・無	
事務長								
係	② 申請事由 該当する項目に○をつけ必要事項を記入してください。 1. 出生・死亡・婚姻・離婚・就職・退職 年 月 日 2. 増収 年 月 日より 3. 減収 年 月 日より 4. 年金受給 年 月 日より 5. 雇用保険受給 (開始・終了 年 月 日) 6. 学生 (学校名 卒業予定 年 月) 7. 後期高齢者医療制度加入 被扶養者住所 (〒 -) 8. 任意継続取得 年 月 日 9. その他 ()							
③ 今まで加入していた健康保険	国民健康保険・協会けんぽ・健康保険組合・共済組合・その他							

(重要) 以下に該当する方は、右記のチェックボックスにチェックを入れてください。

- ・マイナンバーカードを取得していない方、マイナンバーカードを返納した方。
- ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない方、利用登録解除を申請した方、利用登録解除者。
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの方

※交付理由の確認のため、別途、「健康保険 資格確認書 (再) 交付申請書」を添付してください。

資格確認書	<input type="checkbox"/> 発行が必要	対象被扶養者名
発行要否		

被扶養者認定の際に必要となりますので、該当する項目に○をつけ必要事項を記入してください。

④ 申請する 被扶養者 の有無	1. 年金収入 有・無	国民年金 (年額 円)	厚生年金 (年額 円)	共済年金 (年額 円)	企業年金 (年額 円)	遺族年金 (年額 円)	障害年金 (年額 円)	恩給等 (年額 円)
	2. 給与収入 (アルバイト・内職など雑収入を含む)	有・無 (年額 円)						
	3. 事業収入 (農業・商業等)	有・無 (年額 円)						
	4. 不動産収入 (家賃収入等)	有・無 (年額 円)						
	5. 雇用保険の失業給付 (受給の有無)	申請中・有・無 (日額 円)						
	6. その他 ()	年額 円)						
⑤ 添付書類	チエック	収入がある方は、支払先事業主の証明又は、直近3か月分の給与明細等を添付してください。						
	ク	退職された方は、雇用保険に関する申立書及び離脱証明書の写し等を添付してください。						
		失業給付受給者及び受給予定者は、雇用保険受給資格者証の写しを添付してください。						
		別居の場合、仕送証明 (通帳コピー・振込証明・現金書留控え等) を添付してください。※現金手渡し不可 配偶者・子以外の方は、生計維持関係調査票を添付してください。						
⑥ 生現況	1. 全面的に被保険者に生計を維持されている 2. 被保険者が生計の一部を負担している (月額 円) 3. 被保険者のほかに生計を負担している者 あり・なし 続柄 氏名 (月額 円) ・ 続柄 氏名 (月額 円)							

令和 年 月 日提出

北関東しんきん健康保険組合理事長殿

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名