健康保険　被扶養者届（増・減　異動）

令和　　年　　月　　日提出

健保使用欄	決裁	常務理事	事務長	扱　者

申請者（被保険者）							
保険証 記号－番号	□□□□－□□□□□□□	会　社		課 グループ		会社TEL	内線 #　－ 外線　－　－
		部室店		自宅 現住所	〒　－ TEL　－　－　携帯　－　－		
フリガナ		生年月日	昭 平　年　月　日	住民票住所 現住所と同様の場合は「同上」	〒　－		
氏　名							

申請対象家族（被扶養者） 増減	フリガナ / 氏名	性別 / マイナンバー（個人番号）減の場合は不要	続柄	生年月日	職業	年収	同居別居	別居の場合 被扶養者住所	扶養（する・しなくなった）理由および年月日	健保使用欄 取得または喪失年月日・備考
増減		男 女		昭 平 令　年　月　日		円	同別	〒　－ TEL　－　－ 上記住所□住民票住所□現住所	令　年　月　日	令　年　月　日
増減		男 女		昭 平 令　年　月　日		円	同別	〒　－ TEL　－　－ 上記住所□住民票住所□現住所	令　年　月　日	令　年　月　日
増減		男 女		昭 平 令　年　月　日		円	同別	〒　－ TEL　－　－ 上記住所□住民票住所□現住所	令　年　月　日	令　年　月　日
増減		男 女		昭 平 令　年　月　日		円	同別	〒　－ TEL　－　－ 上記住所□住民票住所□現住所	令　年　月　日	令　年　月　日

子の扶養届の場合	配偶者の年間収入	約　　万円

○被扶養者の範囲　主に被保険者の収入によって生活が維持されている、配偶者、子、孫、兄弟、直系尊属、それ以外の三親等以内の同居の親族等で、年収130万円<月収10万8千円>未満（60歳以上または障害者は年収180万円<月収15万円>未満）かつ被保険者の年収の1/2未満の、後期高齢者医療制度加入以前の人。

○添付書類　「増」の場合･･･収入確認書類、扶養状況確認書類（送金の証明等）、本人確認書類(マイナンバー記載の住民票等）等。
「減」の場合･･･使用していた大和健保の保険証（現物）、当健保を外れる日付の確認できる書類 等。

○収入とは　給与収入・事業収入・年金(老齢・遺族・障害等)・各種手当給付金・利子配当収入・不動産収入等すべての収入を含みます。
また、税金および各種控除前の金額です。

事業所使用欄	事業所名称 代表者氏名	

被保険者のマイナンバー記載欄
（保険証 記号−番号を記入した場合は不要です）　□□□□□□□□□□□□