健康保険　被扶養者届（増・減　異動）

令和　6　年　7　月　7　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）					
被保険者記号－番号	2 － 2 1 2 3 4 5 6	会　社	大和証券㈱	課グループ	資産コンサルタント第2課
		部室店	○○支店	会社TEL	内線　#　○○○　－　○○○○ 外線　○○○○　－　○○　－　○○○○
フリガナ	ダイワ　タロウ	生年月日	昭・平　52年　7月　10日	自宅現住所	〒　○○○　－　○○○○ 北海道札幌市○○○区○○○1-2-3　○○○○マンション123号室 TEL　○○○○　－　○○　－　○○○○　携帯　○○○○　－○○○○－　○○○○
氏　名	大和　太郎			住民票住所 現住所と同様の場合は「同上」	〒　○○○　－　○○○○ 東京都○○区○○○3-2-1

申請対象家族（被扶養者） 増減	フリガナ 氏　名	性別	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	ダイワ　ハナコ 大和　花子	男・女	続柄 妻	昭・平・令　54年　3月　3日	職業 会社員	年収 150万　円	同・別	〒○○○-○○○○ 東京都○○区○○○3-2-1 TEL　○○○-○○○○　-○○○○	就職 令　6　年　7　月　1　日	令　年　月　日
増・減		男・女	続柄	昭・平・令　年　月　日	職業	年収　円	同・別	〒　－ TEL　－　－	令　年　月　日	令　年　月　日
増・減		男・女	続柄	昭・平・令　年　月　日	職業	年収　円	同・別	〒　－ TEL　－　－	令　年　月　日	令　年　月　日
増・減		男・女	続柄	昭・平・令　年　月　日	職業	年収　円	同・別	〒　－ TEL　－　－	令　年　月　日	令　年　月　日
増・減		男・女	続柄	昭・平・令　年　月　日	職業	年収　円	同・別	〒　－ TEL　－　－	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　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・・・有効な大和健保の保険証をお持ちの場合、保険証（現物）、
当健保を外れる日付の確認できる書類（資格情報のお知らせの写し）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	事業所名称および代表者氏名	