

健康保険被扶養者（異動）届

(様式 扶-1)
日本無線健康保険組合 常務理事 殿

記号		1010		被保険者氏名・性別		健保勝則 (印)		平成 年 月 日	
番号		30200		生年月日		昭・平 XX 年 10 月 21 日 (男)・女		常務理事 事務長 係	
異動の別		フリガナ		性別		生 年 月 日		続 柄	
増・減		ケンボ トモミ 健保 智美		男・女		S H XX 年 1 月 23 日		長女 (同)・別	
増・減		フリガナ		性別		生 年 月 日		続 柄	
増・減		フリガナ		男・女		S H 年 月		異 動 年 月 日	
増・減		フリガナ		男・女		S H 年 月		異 動 年 月 日	
増・減		フリガナ		男・女		S H 年 月		異 動 年 月 日	
事業所所在地		<各会社の健康保険担当部門(人事部・総務部など)へご提出ください> 事業主の証明							
事業所名称									
事業主氏名									

続柄は「子」ではなく、「長男・長女・次男・次女」と記入

異動年月日について

- 異動の別（増）
 - 子供が生まれたとき・・・出生日
 - 家族を扶養したいとき・・・事実日（事実日から5日以内に提出の場合）
・・・申請日（事実日から5日以上経過している場合）
※事実日の例：退職時→退職日の翌日
- 異動の別（減）
 - 就職をした・・・新しく取得した保険証の資格取得日
 - 収入が扶養の範囲を超える・・・収入が超えると見込まれる時点の日
 - 他の家族に扶養される・・・新しく取得した保険証の資格取得日、結婚の場合は婚姻日
 - 離婚した・・・離婚日
 - 死亡した・・・死亡日の翌日
 - 雇用保険を受給した・・・受給開始日

※本届けは、被扶養者に異動（増・減）の事実があった日から5日以内に、それを証明する書類を必ず添付して届出してください。また、異動届（減）の場合は、異動対象者の被保険者証（原本）の添付も必要です。
※証明書類はマイナンバーの記載されていないものをご提出ください。