

健康保険被扶養者（異動）届 （ 増 ）

(様式 扶-1)
日本無線健康保険組合 常務理事 殿

		雇用保険	交付簿	個人台帳	証	DCC
同 令 和 年 月 日						
常務理事		事務長		係		
令 和 X 年 X 月 X 日 提出						

記号	1010	被保険者氏名・性別		健 保 太 郎 印					
番号	99999	生年月日		昭平	XX 年 X 月 X 日	男	女		
異動の別	フリガナ	性別	生年月日	続柄	世帯別	異動年月日	異動理由		
	被扶養者氏名								
増	ケンポ ハナコ 健保 花子	男・女	昭平 令	XX 年 X 月 X 日	長女	同	別 令 X 年 X 月 X 日 退職し収入がなくなった為など		
	マイナンバー(個人番号)								
増		男・女	昭平 立	年 月 日					
増		男・女	昭平 令	年 月 日					
増		男・女	昭平 令	年 月 日					
増		男・女	昭平 令	年 月 日					
事業所所在地		<未記入のまま各会社の健康保険担当窓口へご提出ください> 事業主の証明 印							
事業所名称									
事業主氏名									

マイナンバー欄には記入しないでください。
後日事務所を通じて届出ください。

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）
- 事実日から5日以内に届出 → 事実日
- 事実日から5日以上経過して届出 → 申請日（書類確認後の認定となります）
- 例外）子供が生まれたとき・・・出生日
- ※出生時に限り住民票などの作成に時間を要するため、5日以上経過して届出しても出生日を記入してください

例）退職したとき・・・退職日翌日から5日以内に届出の場合 → 退職日の翌日
退職日翌日から5日以上経過して届出した場合 → 申請日

※本届けは、被扶養者に異動（増）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ください。（出生を除く）
 ※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。
 ※マイナンバー欄には記入しないでください。後日各会社の健康保険担当窓口を通じて届出ください。