

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

						伺 平成 年 月 日	
記 号	1010	被 保 険 者 氏 名 ・ 性 別 生 年 月 日		健 保 勝 則		(印)	
番 号	30200			(昭) 平 XX 年 10 月 21 日	(男) ・ 女	平成 XX 年 1 月 21 日 提出	
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 トモミ 健保 智美	男 (女)	S H XX 年 1 月 23 日	長女	(同) 別	XX 年 1 月 23 日	出生の為
			マイナンバー(個人番号)				
増		男・女	S 年 月 日				
増			H 年 月 日				
増		男・女	H 年 月 日				
増		男・女	S H 年 月 日				
			マイナンバー(個人番号)				
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>						
事業所名称	事業主の証明						
事業主氏名	印						

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 → 申請書（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してください。
 ※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。後日事業所を通じて届出ください。