

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 生年月日	健 保 太 郎 印				
番号	99999		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 女	昭 平 令 XX 年 X 月 X 日	長女	同・別 同	令 X 年 X 月 X 日	出生の為
	マイナンバー(個人番号)						
増		男・女	年 月 日				
増		男・女	年 月 日				
増		男・女	年 月 日				
増		男・女	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>					
事業所名称		事業主の証明					
事業主氏名		印					

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。後日事務所を通じて届出ください。