

記入例

正

健康保険被扶養者届

常務理事	事務長	担当者

① 被保険者証の 記号と番号	第 <u>1</u> 号 ×××××	② 被保険者の氏 名・印	<u>住 べ 太 郎</u> 		③ 被保険者 の生年月 日	☒ 昭和 ☐ 平成	<u>×</u> 年 <u>×</u> 月 <u>×</u> 日生		
④ 被保険者の勤 務する事業所 の名称	<u>住友ベークライト(株)</u> 等、所属する会社名			⑤ 被保険者の勤務 する事業所所在地	<u>東京都千代田区丸の内</u> ×-×-×				
⑥ 被保険者の資 格を取得した 日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☒ 令和	<u>×</u> 年 <u>×</u> 月 <u>×</u> 日	⑦ この届を出す際 の被保険者の報酬 月額	<u>×</u> × × 千円	⑧ 被保険者の資格 を喪失した日(※)	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日		
⑨ この届を出す 際の被保険者 の現住所	<u>神奈川県横浜市中区</u> ○○×-×-×								
⑩ 被扶養者の氏名	⑪ 被扶養 者性別	⑫ 被扶養者の生年月日	⑬ 被保険者 と被扶養者 との関係	⑭ 被扶養者 の職業	⑮ 被扶養者の 過去1年間の 収入額	⑯ 被保険者 と被扶養者 の世帯	⑰ 扶養開始日	⑱ 扶養の理由	備考
<u>住 べ 花 子</u>	☐ 男 ☒ 女	☒ 昭 ☐ 平 ☐ 令 <u>×</u> 年 <u>×</u> 月 <u>×</u> 日	<u>妻</u>	<u>無</u>	円 <u>0</u>	☒ 同世帯 ☐ 別世帯	☐ 平成 ☒ 令和 <u>×</u> 年 <u>×</u> 月 <u>×</u> 日	<u>結婚</u>	
	☐ 男 ☐ 女	☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令 年 月 日			円	☐ 同世帯 ☐ 別世帯	☐ 平成 年 月 日		
	☐ 男 ☐ 女	☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令 年 月 日			円	☐ 同世帯 ☐ 別世帯	☐ 平成 年 月 日		
	☐ 男 ☐ 女	☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令 年 月 日			円	☐ 同世帯 ☐ 別世帯	☐ 平成 年 月 日		
	☐ 男 ☐ 女	☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令 年 月 日			円	☐ 同世帯 ☐ 別世帯	☐ 平成 年 月 日		
	☐ 男 ☐ 女	☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令 年 月 日			円	☐ 同世帯 ☐ 別世帯	☐ 平成 年 月 日		

事業所担当部課
部課長

担当者

令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日提出

受 付 日 付 印

(記入上の注意)

- この届書は被保険者が資格を取得した時に、被扶養者を有するものであれば被扶養者届(正副2通)を事業主を経由して提出するものです。
- ③、⑪、⑫および⑯は、該当する文字を○で囲んで下さい。
- ⑬には、「妻」「内縁の妻」「長男」「養子」「孫」「実父」「養母」「養父の兄」「妻の姉」「弟」などと詳しく書いて下さい。
- ⑭には、職業の文字にこだわらず「小学1年」「大学2年」「パート」「新聞配達」「利子収入」「年金収入」などと、実態が一目でかるように書いて下さい。
- ⑱には、「出生」「失業」「家事手伝い」「死亡」「養子縁組」等と事実を具体的に書いて下さい。
- 本届の他に、被扶養者資格認定に必要な書類を必ず添付して下さい。
- ※印の欄には記入しないで下さい。
- 申告頂いた個人情報は、個人情報の保護に努め、安全に管理し、組合が定める「情報の利用目的」以外には使用いたしません。

副

健康保険被扶養者届

常務理事	事務長	担当者

① 被保険者証の記号と番号	第-----1-----号 ×××××	② 被保険者の氏名・印	住 べ 太 郎			印	③ 被保険者の生年月日	■ 昭和 × 年 × 月 × 日生 □ 平成	
④ 被保険者の勤務する事業所の名称	住友ベークライト(株) 等、所属する会社名			⑤ 被保険者の勤務する事業所所在地	東京都千代田区丸の内×-×-×				
⑥ 被保険者の資格を取得した日(※)	□昭和 □平成 0 年 0 月 0 日 □令和		⑦この届を出す際の被保険者の報酬月額	※ ××× 千円		⑧ 被保険者の資格を喪失した日(※)	□昭和 □平成 0 年 0 月 0 日 □令和		
⑨ この届を出す際の被保険者の現住所	神奈川県横浜市中区〇〇×-×-×								
⑩ 被扶養者の氏名	⑪ 被扶養者性別	⑫ 被扶養者の生年月日	⑬被保険者と被扶養者との関係	⑭被扶養者の職業	⑮被扶養者の過去1年間の収入額	⑯被保険者と被扶養者の世帯	⑰ 扶養開始日	⑱ 扶養の理由	⑲ 備考
住 べ 花 子	□ 男 ・ ■ 女	□ 昭 □ 平 × 年 × 月 × 日 □ 令	妻	無	0 円	■ 同世帯 ・ □ 別世帯	□平成 × 年 × 月 × 日 ■令和	結婚	0
0	□ 男 ・ □ 女	□ 昭 □ 平 0 年 0 月 0 日 □ 令	0	0	0 円	□ 同世帯 ・ □ 別世帯	□平成 0 年 0 月 0 日 □令和	0	0
0	□ 男 ・ □ 女	□ 昭 □ 平 0 年 0 月 0 日 □ 令	0	0	0 円	□ 同世帯 ・ □ 別世帯	□平成 0 年 0 月 0 日 □令和	0	0
0	□ 男 ・ □ 女	□ 昭 □ 平 0 年 0 月 0 日 □ 令	0	0	0 円	□ 同世帯 ・ □ 別世帯	□平成 0 年 0 月 0 日 □令和	0	0
0	□ 男 ・ □ 女	□ 昭 □ 平 0 年 0 月 0 日 □ 令	0	0	0 円	□ 同世帯 ・ □ 別世帯	□平成 0 年 0 月 0 日 □令和	0	0

事業所担当部課
部課長

担当者

令和 年 月 日 提出された健康保険法被扶養者届にもとづき、上の者が被扶養者と認定されましたから通知します。

- (附記) 1. この通知書は事業主が健康保険法施行規則第8条により、完結の日から2ヶ年間保存しておかなければなりません。
2. この通知書が被保険者の届出た事項と相違するときは、すみやかにそのことを被保険者に通知して下さい。
3. 申告頂いた個人情報は、個人情報の保護に努め、安全に管理し、組合が定める「情報の利用目的」以外には使用いたしません。

決 定

住友ベークライト健康保険組合