

# 記入例

正

## 健康保険被扶養者異動届

常務理事	事務長	担当者

① 被保険者証の記号と番号 第 <input checked="" type="checkbox"/> 号	<input checked="" type="checkbox"/> 男 性別 <input type="checkbox"/> 女	② 被保険者の氏名・印 <b>住 べ 太 郎</b> (印)	④ 被保険者の生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 年 <input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 日生 <input type="checkbox"/> 平成							
⑤ 被保険者の勤務する事業所の名称 <b>住友ベークライト(株) 等、所属する会社名</b>	⑥ 被保険者の勤務する事業所所在地 <b>東京都千代田区丸の内 ×-×-×</b>									
⑦ 被保険者の資格を取得した日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input checked="" type="checkbox"/> 年 <input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 日	⑧ この届を出す際の被保険者の報酬月額 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 千円	⑨ 被保険者の過去1年間の報酬以外の収入 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 円								
⑩ この届を出す際の被保険者の現住所 <b>神奈川県横浜市中区〇〇×-×-×</b>	⑪ この届が受理された後の被扶養者数 <b>2</b> 名	⑫ この届が受理される前の被扶養者数 <b>1</b> 名								
⑬ 増加または減少 <input checked="" type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	⑭ 被扶養者の氏名 <b>住 べ 一 郎</b>	⑮ 被扶養者性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	⑯ 被扶養者の生年月日 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input checked="" type="checkbox"/> 令 <input checked="" type="checkbox"/> 年 <input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 日	⑰ 被保険者と被扶養者との関係 <b>長男</b>	⑱ 被扶養者の職業 <b>無</b>	⑲ 被扶養者の過去1年間の収入額 <b>0</b> 円	⑳ 被保険者と被扶養者の世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 同世帯 <input type="checkbox"/> 別世帯	㉑ 扶養開始日または扶養終了日 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 <input checked="" type="checkbox"/> 年 <input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 日	㉒ 扶養し始めた理由または扶養しなくなった理由 <b>出生</b>	㉓ 備考
<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日			円	<input type="checkbox"/> 同世帯 <input type="checkbox"/> 別世帯	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日			円	<input type="checkbox"/> 同世帯 <input type="checkbox"/> 別世帯	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 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

- この届書は被扶養者に(異動)を生じた時に、その日から5日以内に事業主を経由して組合へ提出(正副2通)するものです。
- この届は、増加と削除(減少)をそれぞれ別紙とすること。
- ②、④、⑬、⑮、⑯および㉑は、それぞれ該当す文字を○で囲んで下さい。
- ⑰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。
- ⑱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、実態が一目でわかるように書いて下さい。
- ㉒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。
- 被扶養者が被保険者の直系尊属、配偶者および子以外のものであるときは、その者が同一の所帯に属した年月日を㉓備考欄に記入して下さい。
- 本届の他に、被扶養者資格認定に必要とする書類を必ず添付して下さい。
- 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

健康保険被扶養者異動届

Table with 3 columns: 常務理事, 事務長, 担当者

Main form with 23 numbered sections for insurance details, including insured person info, company name, income, and dependent details.

Table with 2 columns: 事業所担当部課, 担当者

令和 年 年 月 日提出された健康保険法被扶養者異動届にもとづき、上の者が被扶養者 □と認定 □から削除 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。

住友ベークライト健康保険組合

Table with 2 columns: 決, 定