各事業所_家族異動担当_経由→

健康保険組合　行

健康保険被扶養者（異動）届

健保常務理事	健保事務長	健保受付	事務課長	事務課受付

提出日　年　月　日	内線　－	健康保険被保険者証 記号　番号
事業部 部 課		－ 氏名

被扶養者に関する事項

申請区分	異動年月日	異動事由を○で囲んでください				
扶養 ・ 除外	**令和　年　月　日**	①結婚 ②離婚 ③就職 ④退職	⑤出生 ⑥死亡 ⑦失業給付開始 ⑧失業給付終了	その他		
フリガナ		性別	生年月日		続柄	世帯
氏名		男 女	昭・平・令 年　月　日			同居 別居

扶養状況に関する事項

①届出前の就業状況□	**就労**	会社名：　電話： 就労形態：　正社員・自営業・パート・アルバイト・契約社員･派遣社員 離職票：　添付（原本・写し）　原本返却後（求職申込み・延長手続き）
	無職	
	学生	
②退職年月日と退職事由	退職日：**年　月　日**	退職事由：**結婚・出産・傷病・他（**
③傷病手当金 失業給付金 出産手当金 休業補償費 （受給の有無）	**有**	年　月　日　～　年　月　日／**日額**　**円**
		年　月　日　～　年　月　日／**日額**　**円**
	無	年　月　日　～　年　月　日／**日額**　**円**
		年　月　日　～　年　月　日／**日額**　**円**
④収入の有無	**有**	勤労・副業・利子・貸家・他（　）
	無	年間総収入　**円**　（税引前）
⑤年金等の収入 **有** / **無**	公的年金	年金の名称　年金　**月額**
	私的年金	年金の名称　年金　**月額**
⑥現在または、今まで加入していた健康保険	制度 団体名	**国民健保・協会けんぽ・他健康保険組合**　**加入中 ・ 喪失** 加入期間　**年　月　日　～　年　月　日**

⑦その他の家族構成（同居を含めた兄弟姉妹等全家族）

氏名	続柄	年齢	職業	月収	世帯
					同居・別居
					同居・別居
					同居・別居
					同居・別居

⑧届出している方の生計費を月額どの程度負担していますか	あなたの負担額　対象者の生計費 **%程度＝（　月額　÷　月額　）× 100**
⑨他の方と共同で生計費を負担している場合はその内訳	あなたの持分　月額　円 他の方の持分　月額　円

＜健保使用欄＞

扶養認定日　年　月　日　　扶養除外日　年　月　日

第　子

本人請求　¥

送付先住所　〒

***異動事由に応じて必要な添付書類があります。添付書類一覧にて確認後ご提出ください。**

***「日特健保ﾌﾟﾗｲﾊﾞｼｰﾎﾟﾘｼｰ」に基づき、個人情報を目的外には使用しません。**

★資格喪失証明書発行希望（申請区分が除外の方のみ）　**有　・　無**

（2023.10.10改定）

日本特殊陶業健康保険組合