

正

# 健康保険 被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	適用係	係員

※注意事項等必ずお読みください。

被 保 険 者	被保険者記号番号 又は個人番号		被保険者の氏名			生年月日	性別	異動別	資格取得年月日		標準報酬 月額	
	記号	番号				昭和・平成 年 月 日	男 ・ 女	追加 削除	昭和・平成・令和 年 月 日	千円		
所 居 所	住所	〒					備考					
	住所	住民票と同じ <input type="checkbox"/>		異なる場合→ 〒								
被 扶 養 者	被扶養者の氏名及び個人番号		生年月日	性別	続柄	扶養開始日又は終了日		職業	月収額	扶養開始／終了の理由		
	〒		昭和・平成・令和 年 月 日	男 ・ 女		令和 年 月 日			円			
同 居 ・ 別 居	住所	〒					備考					
	住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ		異なる場合→ 〒								
同 居 ・ 別 居	住所	〒					備考					
	住所	<input type="checkbox"/> 住民票と同じ		異なる場合→ 〒								
同 居 ・ 別 居	住所	〒					備考					
	住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ		異なる場合→ 〒								
同 居 ・ 別 居	住所	〒					備考					
	住所	<input type="checkbox"/> 住民票と同じ		異なる場合→ 〒								

事業所所在地	〒	-
事業所名称		
事業主氏名		
電話	( )	-

令和 年 月 日提出

受付日付印

《事業主チェック》

住民票にて氏名、住所等確認済み

昭和飛行機健康保険組合

副

# 健康保険 被扶養者確認通知書

被 保 険 者	被保険者記号番号 又は個人番号		被保険者の氏名		生年月日		性別	異動別	資格取得年月日		標準報酬 月額	
	記号	番号	様		昭和・平成 年 月 日	男・女	追加 削除	昭和・平成・令和 年 月 日	千円			
所 居 所	住民票 住所	〒		備考								
	居所	住民票と同じ <input type="checkbox"/>	異なる 場合→ <input type="checkbox"/>		〒							
被 扶 養 者	被扶養者の氏名及び個人番号		生年月日		性別	続柄	扶養開始日又は終了日		職業	月収額	扶養開始/終了の理由	
	リガナ		昭和・平成・令和 年 月 日		男・女		令和 年 月 日			円		
	同 居 ・ 別 居	住 民 票 住 所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ 異なる場合→		〒							
		居 所	<input type="checkbox"/> 住民票と同じ 異なる場合→		〒							
	リガナ		昭和・平成・令和 年 月 日		男・女		令和 年 月 日			円		
	同 居 ・ 別 居	住 民 票 住 所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ 異なる場合→		〒							
		居 所	<input type="checkbox"/> 住民票と同じ 異なる場合→		〒							
	リガナ		昭和・平成・令和 年 月 日		男・女		令和 年 月 日			円		
同 居 ・ 別 居	住 民 票 住 所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ 異なる場合→		〒								
	居 所	<input type="checkbox"/> 住民票と同じ 異なる場合→		〒								

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	殿
電話	( ) -
《事業主の方へ》この通知書を被保険者へお渡しください。	

令和 年 月 日提出

うえのとおり認定となりましたので通知します。

令和 年 月 日

《被保険者の方へ》

この処分に不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書又は口頭で社会保険審査官（地方厚生（支）局内）に対して審査請求をすることができます。また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。

昭和飛行機健康保険組合

〔注意事項〕

1. 『被保険者記号番号又は個人番号』欄は、被保険者の記号と番号か個人番号のいずれかをご記入ください。
2. 『異動の別』欄は、被扶養者が増えたときは「追加」を、減ったときは「削除」を○で囲んでください。また、被扶養者の氏名等に変更があった場合は「削除」の下に「変更」と記入してください。
3. 被保険者及び被扶養者の『住所』欄は、住民票上の住所をご記入頂き、実際の住所が違う場合は『居所』欄に実際の住所をご記入ください。住民票と同じ場合は、「住民票と同じ」にチェックしてください。
4. 『被扶養者の個人番号』欄は、新規加入のとき（当健保に新たに加わるとき）のみ、正確にご記入ください。
5. 『続柄』欄は、被保険者との続柄を「妻」「内縁の妻」「実父」「長男」「養母」「孫」「妻の姉」など詳しく記入してください。
6. 『職業』欄は、文字にこだわらず、「小学5年」「高校3年」「大学2年」「雑貨屋自営」「年金収入」「不動産収入」等具体的に記入してください。また、その月収額も記入してください。
7. 『扶養開始／終了の理由』欄は、「出生」「婚姻」「失業」「就職」「離婚」「75歳到達」「死亡」等具体的に記入してください。
8. 『同居・別居』欄は、被保険者と同居している場合は「同居」、別居している場合は「別居」を○してください。

〔この届書に添付するもの〕

1. 異動の別が「削除」のとき、若しくは「変更」のときで資格確認書の更新が必要な場合は、該当する方の**健康保険被保険者証又は資格確認書**。
2. 16歳以上の方を被扶養者として届け出る場合は、その方が被保険者によって生計を維持されていることを証明できる**収入証明書等**。
3. 上記以外に健康保険組合から請求のあった書類。