

提出ルート:被保険者→事業主→健保(任意継続被保険者は直接 健保へ)

<注 意>

- 1. 変更となる被扶養者のみ記載してください。
- 2. 本届に必要な書類を添付して提出してください。また、扶養からはずす場合はその被扶養者の保険証も添付(返却)してください。
- 3. 記入例を確認の上、ご記入ください。

健康保険被扶養者届

(新規・増・減)

※入社時、被保険者資格変更時(任意継続加入、シニア等)のみ「新規届」としてご記入ください。

常務理事	事務長	担当者	担当者

被保険者(申請者本人) 保険証の記載を確認してすべての欄にご記入ください。														
事業所名				所属				被保険者住所						
				内線Tel()				〒 TEL						
健康保険証				部 課/主査 係										
記号		番号		従業員番号(ゴム印でも可)				フリガナ氏名		生年月日		性別	資格取得年月日	
										昭平令		男女	昭平令	
被保険者の配偶者の有無		有 無		配偶者の収入額記入		昨年の年間収入		円/年		現在の月額収入		円/月		

被扶養者(家族・認定対象者)	区分	フリガナ氏名	生年月日	性別	戸籍続柄	住居	収入	申請理由(増)	申請理由(減)と年月日	(※健保記入欄) 認定喪失年月日
	新・増・減		昭平令	男女		同居 別居	有 無	出生・結婚・在学 退職・労務不能 その他()	死亡・就職・離婚・国保 その他()	令和
	個人番号					別居の場合の住所	〒		該当日 年 月 日	
	新・増・減		昭平令	男女		同居 別居	有 無	出生・結婚・在学 退職・労務不能 その他()	死亡・就職・離婚・国保 その他()	令和
	個人番号					別居の場合の住所	〒		該当日 年 月 日	
	新・増・減		昭平令	男女		同居 別居	有 無	出生・結婚・在学 退職・労務不能 その他()	死亡・就職・離婚・国保 その他()	令和
個人番号					別居の場合の住所	〒		該当日 年 月 日		

確認 <input type="checkbox"/>	この届出については申請者本人(被保険者)が作成したものであり、記載内容について誤りがないことを申請者本人として確認しました。(提出時、必ず <input checked="" type="checkbox"/> してください)
--------------------------------	---

新規届・増届の場合、以下の誓約内容をご確認の上、署名(自筆)をしてください。

上記の者は主として私の受ける報酬(給与)により生活しており、記載事項は事実と相違ありません。尚、健康保険法規定の範囲を超えた場合(就職、年収60歳未満130万円・60歳以上180万円以上等)は、ただちに健康保険の扶養から外すことをここに誓約いたします。

令和 年 月 日

SUBARU健康保険組合 理事長殿 被保険者署名(自筆) _____

この届出については、事業主として申請書類に不備がないことを確認しました。	
事業所所在地	〒 _____ (ゴム印使用)
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	(_____ 局) _____ 番