

健康保険被扶養者（異動） 追加 削除 届

保険証に記載されています。

被保険者証の記号と番号	被保険者の氏名（自署）	生年月日	性別	資格取得年月日
4010 - 123456	りそな 太郎	S H 2 年 12 月 25 日生	男・女	S H 25 年 4 月 1 日 R

被保険者の住所	〒 012 - 3456 大阪市中央区備後町2-2-1	日中連絡先電話番号	※平日日中すぐに連絡可能な電話番号 外線 - - (内線)
---------	--------------------------------	-----------	--------------------------------------

(フリガナ)	生年月日	性別	続柄 (例：長男等)	被扶養者になった日 または除かれた日	申請する理由	収入 (年額)	職業	その他 ・被保険者と別居の場合は住所を記入 ・外国籍の方は国籍を記入
被扶養者の氏名 りそな ハナコ りそな 花子	S H 3 年 12 月 1 日生 R	男・女 女	妻	H R 2 年 12 月 1 日	R2.11.30 退職	0 万円	無職	〒
	S H 年 月 日生 R	男・女		H		万円		〒
	S H 年 月 日生 R	男・女		H R 年 月 日		万円		〒
	S H 年 月 日生 R	男・女		H R 年 月 日		万円		〒

追加の対象となる方のみ記入してください。

「出生による追加」の場合、出生日
「退職による追加」の場合、退職日の翌日 等

この届出は申請者本人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が確認しています。 ※以下は必ず事業主（総務担当役職者）が記入すること。	備考
---	----

事業所所在地	大阪市中央区備後町2-2-1
事業所名称	りそな銀行 大阪営業部
事業主氏名	大阪営業部長 ○ ○ ○ ○
総務担当役職者氏名 および連絡先	関西 二郎 電話 01 - 234 - 5678 (内線 9999)

・追加の場合、認定基準、必要書類等の詳細は「被扶養者承認申請の手引き」（当健保のホームページに掲載）をご参照ください。

・削除の場合、以下のものを添付してください。

①削除対象者の被保険者証
(紛失された場合は、「資格喪失時健康保険被保険者証紛失届」)

②削除対象者が新たに取得した被保険者証の写し（退職等）

直通の電話番号を記入してください。
(電話センターの番号は記入しないでください。)

健保 使用 欄	令和 年 月 日
	常務理事 検印 担当

・事業主記入欄を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容の記入と事業主（総務担当役職者）氏名のサインをご記入ください。

提出日

健康保険被扶養者（異動）**追加**
削除届

被保険者証の記号と番号	被保険者の氏名（自署）	生年月日	性別	資格取得年月日
4010 - 123456	りそな 太郎	S H 2 年 12 月 25 日生	男・女	S H 25 年 4 月 1 日 R

被保険者の住所	〒 012 - 3456 大阪市中央区備後町2-2-1	日中連絡先電話番号	※平日日中すぐに連絡可能な電話番号 外線 - - (内線)
---------	--------------------------------	-----------	--------------------------------------

(フリガナ)	生年月日	性別	続柄 (例：長男等)	被扶養者になった日 または除かれた日	申請する理由	収入 (年額)	職業	その他 ・被保険者と別居の場合は住所を記入 ・外国籍の方は国籍を記入
りそな ハナコ りそな 花子	S H 3 年 12 月 1 日生 R	男・女 女	妻	H R 2 年 12 月 1 日	R2.12.1 就職	万円	会社員	〒
削除の対象となる方のみ 記入してください。	S H 年 月 日生 R	男・女		H R 年 月 日	「就職による削除」の場合、就職先の保険証の資格取得日	万円		〒
	S H 年 月 日生 R	男・女		H R 年 月 日		万円		〒
	S H 年 月 日生 R	男・女		H R 年 月 日		万円		〒

この届出は申請者本人が作成したものであり、記載内容について誤りが無いことを申請者本人が確認しています。

※以下は必ず事業主（総務担当役職者）が記入すること。

備考

事業所所在地	大阪市中央区備後町2-2-1
事業所名称	りそな銀行 大阪営業部
事業主氏名	大阪営業部長 ○ ○ ○ ○
総務担当役職者氏名 および連絡先	関西 二郎 電話 01 - 234 - 5678 (内線 9999)

直通の電話番号を記入してください。
(電話センターの番号は記入しないでください。)

- 追加の場合、認定基準、必要書類等の詳細は「被扶養者承認申請の手引き」（当健保のホームページに掲載）をご参照ください。
- 削除の場合、以下のものを添付してください。
 - ①削除対象者の被保険者証
(紛失された場合は、「資格喪失時健康保険被保険者証紛失届」)
 - ②削除対象者が新たに取得された被保険者証の写し（就職等）
(削除対象者の「氏名」「資格取得日」を確認します。その他の情報は適宜消去の上添付して下さい。)
- この届出書による認定の結果は、事業主に通知されます。

添付漏れにご注意ください。

健保 使用 欄	令和 年 月 日	常務理事	検印	担当

・事業主記入欄を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容の記入と事業主（総務担当役職者）氏名のサインをご記入ください。