

申請前に必ずご確認ください！

必ずご確認ください！！

- 現在扶養に入られている方を継続して扶養に入れたい場合にご提出ください。添付書類は不要です。
- ご提出いただけない場合、被扶養者の異動手続きを進めることができません。
- 扶養認定された場合は、健康保険法施行規則第50条に基づき、引き続き資格基準を満たしているか確認するため、被扶養者の収入状況と、別世帯被扶養者への送金状況について年1回調査を行いますので認定された後も基準内での就業をお願いします。調査では、前年の給与明細書など収入が確認できる書類や別世帯被扶養者への毎月の送金証明書類の提出が必要になりますので、必ず保管をお願いします。
※収入調査の内容：R7年度扶養調査は、R6年(2024年1月から12月までに支給された非課税分を含めた総支給額)の収入を確認します。調査対象となった方には別途ご連絡いたします。

【事業所担当者へ】 取得届をご提出の際、この申請書も必ずご提出下さい。
電子申請の場合は、申請時にしてください。

【申請ルート】

△被保険者(本人)→お勤め先の会社・事業所の社会保険担当部署→健康保険組合

【再雇用・転籍用】健康保険被扶養者異動【増】申請書

提出日： 2024年 12月 1日
【扶養申請人数 1名】

被保険者	記号	X X X X				番号 ※枝番不要	X X X X X X				フリガナ	ケンポ	マモル	生年月日	昭平 39年
											氏名	健保	名	守	昭平 10月 14日
	事業所名	ブリヂストン〇〇						所属部署	〇〇部〇〇課						
	住民票住所 (都道府県より記入)	〒123-1234 〇〇県〇〇市〇〇町5-6-708													
被扶養者として申請したい方	フリガナ	ケンポ				トモコ									
	氏名	健保				共子									
	生年月日 (和暦で記入)	昭平 41年 12月 2日	57歳	昭平 年 月 日											
	続柄	妻 (例:長男/三女/養子など)				男・女				男・女					
	申請理由	<input type="checkbox"/> 再雇用				<input checked="" type="checkbox"/> 転籍				転籍の方は必ず記入してください 左のように保険証をご使用の方 資格確認書をご使用の方は 必ずチェックをしてください。 資格情報のおしらせと資格確認書を発行いたします。 マイナ保険を現在ご使用、または これから切り替える予定の方は 上の欄にチェックいただき 資格情報のおしらせのみ発行いたします。					
	【転籍の方のみ 要記入】 資格確認書 発行要否 (該当するところに チェックを入れて 下さい)	不要	<input type="checkbox"/> 現在マイナ保険証を使用している、又は今後マイナ 保険証に切り替える												
	必要	<input type="checkbox"/> 有効期限内の資格確認書(A4型以外のもの)を使用している <input type="checkbox"/> 健康保険証、又は資格確認書A4型を使用している													
居住区分 (いずれか1つに チェックを入れて 下さい)	同居	<input checked="" type="checkbox"/> ①被保険者と同一世帯かつ居所住所も同じ <input type="checkbox"/> ②被保険者の単身赴任、または被扶養者に申請したい方の施設入所等 (※)による別居 ※病院・特養・老健・療養病床・障がい者入居施設等						<input type="checkbox"/> ④被保険者と別世帯(住民票が異なる、または世帯分離をしている)							
	別居	<input type="checkbox"/> ③被扶養者に申請したい方が学生(高校生以上)で通学のため別居 <input type="checkbox"/> ④被保険者と別世帯(住民票が異なる、または世帯分離をしている) <input type="checkbox"/> ⑤被保険者と同一世帯だが、居所住所が異なる						<input type="checkbox"/> ⑤被保険者と同一世帯だが、居所住所が異なる							
住民票住所	〒						<input checked="" type="checkbox"/> 同上				〒 <input type="checkbox"/> 同上				
誓約書	この申請について、以下について了承し、誓約いたします。 ① 扶養の状況に異動があったときは5日以内に届けること。 届け出を怠り、被扶養者資格に該当しないにもかかわらず、診療等の給付を受けた場合は、その給付についてすべて返却すること。 ② 申請内容に虚偽があった場合は、受けた給付について発覚日より10年間分を遡って返還すること。 2024年 12月 1日 被保険者氏名 健保 守 健康印 ※氏名を直筆で書かれた場合は電子印可。直筆でない場合は、ご捺印ください。														
事業所 確認欄 (チェックを入れて下さい)	申請理由	<input type="checkbox"/> チェックがあることを確認				資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> チェックがあることを確認				備考	転籍の場合は、転籍前の事業所を記載ください			
健保 使用欄	承認	認定日	I/P	おしらせ	資格確認書	資格確認書	資格確認書	係	事務長	常務理事					
		/ /	/	<input type="checkbox"/> 発行なし	<input type="checkbox"/> 発行なし	A4	はがき								