

ブリヂストン健康保険組合 理事長 殿

### 【再雇用・転籍】健康保険被扶養者異動申請書

- ・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。
- ・新規で扶養の申請をする場合は、健康保険被扶養者異動【増】申請書をご提出ください

提出日： 年 月 日  
**【扶養異動申請人数 名】**

被 保 険 者	記号	番号 ※枝番不要										フリガナ			生年月日													
												氏名	姓	名	昭 / 平	年												
															月	日												
	事業所名											所属部署																
	居所住所 <small>(都道府県より記入)</small>	〒																										
住民票住所 <small>(都道府県より記入)</small>	〒																											
	<input type="checkbox"/> 同上																											
異 動 し た い 被 扶 養 者 の 方	フリガナ	①										②																
	氏名	姓									名			姓									名					
	生年月日	昭	平	令	年								月	日	昭	平	令	年								月	日	歳
	続柄	性別		(例:長男/三女/養子)										男・女		(例:長男/三女/養子)		男・女										
	マイナンバー (12桁)	--- 記入不要 ---																										
	居住区分 <small>(いずれか1つに チェックを入れて 下さい)</small>	同居	<input 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																									
		別居	<input type="checkbox"/> ③被扶養者に申請したい方が昼間学生で通学のため別居 <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																									
	居所住所 <small>(記入必須) (都道府県より記入)</small>	〒																										
	住民票住所 <small>(居住区分①の方は 記入不要)</small>	〒																										
		<input type="checkbox"/> 同上																										
申請理由 <small>(マルで囲って下さい)</small>	再雇用 / 転籍																											
誓約書	<p>この申請について、以下について了承し、誓約いたします。</p> <p>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。 届出を怠り、被扶養者資格に該当しないにも関わらず、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。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 被保険者氏名 印</p>																											
事業所 確認欄 <small>(チェックを入れて下さい)</small>	申請書	--- 不要 ---										係	長	備考 旧:記号番号														
	<input type="checkbox"/> 不備がないことを 確認																											
健保 使用欄	承認	認定日	却下	理由	I/P	保険証	係	事務長	常務理事																			
		/ /				/	/																					