

【申請ルート】  
 △被保険者（本人）→お勤め先のお社・事業所の社会保険担当部署 → 健康保険組合  
 ※任意継続加入者は直接健康保険組合宛に送付ください。

ブリヂストン健康保険組合理事長殿

## 健康保険被扶養者異動〔減〕申請書

年 月 日

被 保 険 者 （ 本 人 ）	事業所名		所属部署	
	記号	番号 ※枝番は不要		被保険者氏名
				印

今 回 申 請 す る 被 扶 養 者 （ 一 家 族 ）	続柄	扶養から外れる対象者氏名		
	子の場合は長男・二男等記入			
	異動が生じた日（除外日）		※各添付書類と同じ年月日を記入 令和 年 月 日	
	扶養から外れる理由	異動が生じた事由	必要添付書類の有無確認・注意事項	
		全員いずれかにチェック	該当箇所にチェック	
	必要書類の添付の確認	<input type="checkbox"/> 就職（社会保険加入）	<input type="checkbox"/> 新しい保険証(写) 保険証(写)の「資格取得日年月日」を上記「異動が生じた日(除外日)」欄へ記入。	
		<input type="checkbox"/> 雇用保険受給開始	<input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証の1面(写)とその裏面(写) 雇用保険(写)の「受給開始年月日」を上記「異動が生じた日(除外日)」欄へ記入。	
		<input type="checkbox"/> 収入限度額超過	就業時間や時給の増加による超過の場合	<input type="checkbox"/> 超過し始めた月とその前の月の給与明細(写)
			就業開始時から超過の場合	<input type="checkbox"/> 雇用契約書(写)
			給与収入者でない場合	健康保険組合にお問合せ下さい。
<input type="checkbox"/> 結婚		<input type="checkbox"/> 婚姻及び離婚の日を公的に証明する書類（写）		
<input type="checkbox"/> 離婚		例：婚姻受理証明書（写）、離婚受理証明書（写）、戸籍謄本（写）等		
<input type="checkbox"/> 扶養者の交代 (理由： )		離婚に伴う扶養交代で被扶養者が20歳未満	<input type="checkbox"/> 子の親権者、親権異動日を公的に証明する書類（写） 例：離婚受理証明書（写）、戸籍謄本（写）等	
	離婚に伴う扶養交代で被扶養者が20歳以上	健康保険組合にお問合せ下さい。		
	その他	健康保険組合にお問合せ下さい。		
<input type="checkbox"/> その他	健康保険組合にお問合せ下さい。			
ブリヂストン健康保険組合 保険証の添付（原本）	<input type="checkbox"/> 添付した ※保険証の返却必須 <input type="checkbox"/> 紛失のため「被保険者証再交付申請書（滅失届）」を併せて添付した			
上記の「異動が生じた日」 以降の保険証使用	<input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 使用した（受診日： 機関名： ）			
資格喪失証明書の要否 <small>※提出先がない場合は不要にチェック</small>	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要（提出先： <input type="checkbox"/> 市区町村、 <input type="checkbox"/> 他： ）			

事業所 確認欄	証回収	係	長	備考その他
	/			

健保受付印

健保 使用欄	認定日	年 月 日	I/P	係	係	事務長	常務理事