

常務理事	事務長	課長	係

# 健康保険 被扶養者(異動)届

(注 意)

一、この届書は被扶養者に異動(増減)を生じたときに、その日から五日以内に事業主を経由して組合へ提出(正副二通)するものです。(但し、期間を過ぎては提出出来ないとするものではありません。)  
 二、十六歳以上の被扶養者の認定には別紙の認定調書に扶養するに至った経緯を詳しく書き、必要であれば住民票、戸籍謄本、源泉徴収票、雇用保険受給資格者証の写し、収入証明書、雇用契約書、給与明細書三ヶ月分の写し、年金通知書などを添付して下さい。

被保険者(本人)欄	被保険者証の記号と番号	記号	性別	男・女	氏名	◎	生年月日	昭和・平成	年	月	日		
	勤務する事業所の名称	資格取得年月日			昭和・平成	年	月	日	標準報酬月額	千円			
	被保険者住所	〒											
被扶養者(家族)欄	増加又は減少	氏名	性別	生年月日	続柄	職業	年間収入	被保険者と被扶養者の世帯別	扶養しはじめた日又は扶養しなくなった日			扶養しはじめた理由又は扶養しなくなった理由	
	フリガナ	氏名							年	月	日	増	1. 出生 2. 結婚 3. 退職 4. 雇用保険受給終了 5. 資格取得 6. その他( )
	増・減	男	昭和・平成	年	月	日	同世帯	平成	年	月	日	減	1. 就職 2. 雇用保険受給開始 3. 離婚 4. その他( ) 5. 死亡 6. 収入超過
		女	個人番号(扶養増の時のみ)	別世帯	別世帯の場合、被扶養者住所	〒							
	増・減	男	昭和・平成	年	月	日	同世帯	平成	年	月	日	増	1. 出生 2. 結婚 3. 退職 4. 雇用保険受給終了 5. 資格取得 6. その他( )
		女	個人番号(扶養増の時のみ)	別世帯	別世帯の場合、被扶養者住所	〒							
	増・減	男	昭和・平成	年	月	日	同世帯	平成	年	月	日	増	1. 出生 2. 結婚 3. 退職 4. 雇用保険受給終了 5. 資格取得 6. その他( )
		女	個人番号(扶養増の時のみ)	別世帯	別世帯の場合、被扶養者住所	〒							
	<p>上記で扶養の(減少)の場合のみ ↓ 今回、扶養から外れた方が、国民健康保険などに加入するため、当健康保険組合の「資格喪失証明書」の交付を希望する場合はレ点を記入して下さい。</p> <p><input type="checkbox"/> 資格喪失証明書の交付を希望します</p>												

事業所 担当者印	
-------------	--

平成 年 月 日提出

受付日付印

※記入されましたら、コピーをとり「被保険者の氏名印」に押印し、  
 (コピーにも押印して下さい)2枚セットで会社に提出して下さい。  
 ※任継・特退の方は直接健保にお送りください。

KDDI健康保険組合

(20170701 改訂)