健康保険被扶養者届（増員・減員）

※申請する項目（増員・減員）に○をして下さい。

こちらは被保険者について記入します。

扶養申請は「増員」に○
削除申請は「減員」に○

被保険者証の上部に印字されている数字をご記入ください。
番号の枝番は記載不要です。

記入日	令和 ××年 ××月 ××日		
被保険者証記号・番号	9999 ― 999999	被保険者氏名	日発 太郎　昭・平 ××年 ××月 ××日生
被保険者住所	〒 222-1234 ○○県 ○○市 △△町 1丁目 2番地 3号	電話	000 （ 888 ） 8888

事実発生日です。
例えば、離職なら前健康保険の喪失日になります。

フリガナ 被扶養者の氏名	性別	被扶養者の生年月日と年齢	被保険者との続柄	被保険者との世帯別	増員又は減員日（事由を記入）	
ニッパツハナコ 日発 花子	男 女（女）	昭 平 令（昭） ×年 ××月 ××日生(××歳)	妻	同・別（同）	R ××年××月××日 （ 離職の為 ）	資格削除証明書（要・不要） 被保険者証（添付・返却不能: ）
ニッパツトシコ 日発 年子	男 女（女）	昭 平 令（昭） ×年 ××月 ××日生(××歳)	母	同・別（同）	R ××年××月××日 （ 扶養変更の為 ）	資格削除証明書（要・不要） 被保険者証（添付・返却不能: ）
	男 女	昭 平 令 年 月 日生(歳)			日 ）	資格削除証明書（要・不要） 被保険者証（添付・返却不能: ）
	男 女	昭 平 令 年 月 日生(歳)		同・別	日 （ ）	資格削除証明書（要・不要） 被保険者証（添付・返却不能: ）

こちらは申請する被扶養者について記入します。

減員申請の場合は、この欄に必ず○をご記入ください。

※増員の場合はこちらの□に✓を入れてください。

- ☑ この届出は申請者本人（被保険者）が作成しました。
- ☑ 被扶養者認定基準を超えた場合、すみやかに減員します。
- ☑ 被扶養者の住所変更があった場合は住所変更届を提出します。

※減員の場合はこちらの□に✓を入れてください。

- □ この届出は申請者本人（被保険者）が作成しました。

※保険証が返却不能の場合は下記の□に✓を入れてください。

- □ 後日発見次第直ちに返却します。
  返却できないことで悪用されても健保組合には迷惑をかけません。

該当箇所に必ず確認のレ点をご記入ください。

以下は健保組合使用欄

事業所確認	

常務理事	事務長	担当者

受付印

日本発条健康保険組合