

# 健康保険被扶養者届(増員・減員)

受付印

※申請する項目(増員・減員)に○をして下さい。

令和 ××年 ××月 ××日 提出

事業主記入欄	事業所名称	事業主氏名
	事業所所在地	
	電話番号	
<input checked="" type="checkbox"/> この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①被保険者が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか被保険者が確認している。		

必ず確認のし点をご記入ください。

こちらは被保険者について記入します。

被保険者欄	被保険者記号・番号	××××	××××	生年月日	昭・平・令	×	×	×	×	×	×	連絡先	×××(×××)×××
	氏名(フリガナ)	ニツパツ	タロウ	住所	〒××××-×××× 神奈川県横浜市金沢区福浦××丁目×番地×号								

被扶養者 こちらは申請する被扶養者について記入します。 なくなった場合は(減員)を○で囲み、右に続く項目を記入してください。

※被扶養者の「増員」と「減員」は同時に提出できません。「増員」、「減員」はそれぞれ別の用紙で提出してください。

被扶養者欄1	氏名(フリガナ)	ニツパツ	ハナコ	個人番号						性別	男(女)		
	氏名(氏)	日発	花子	生年月日	昭・平・令	×	×	×	×	×	続柄	妻	
	現住所	〒××××-×××× ※住民票住所が現住所と異なる場合は右記に住民票住所をご記入ください。 神奈川県横浜市金沢区福浦××丁目×番地×号			1.同居 2.別居	住民票住所							
	増員	被扶養者になった日	令和	×	×	×	×	×	増員理由	1.被保険者入社 2.離職 3.収入減	4.結婚 5.出生 6.その他( )	職業	1.無職 2.パート 3.年金受給者

事実発生日をご記入ください。  
例えば、離職の場合は前加入健康保険の喪失日になります。

被扶養者欄1	氏名(フリガナ)			個人番号						性別	男・女		
	氏名(氏)			生年月日	昭・平・令						続柄		
	現住所	〒 - ※住民票住所が現住所と異なる場合は右記に住民票住所をご記入ください。			1.同居 2.別居	住民票住所							
	増員	被扶養者になった日	令和						増員理由	1.被保険者入社 2.離職 3.収入減	4.結婚 5.出生 6.その他( )	職業	1.無職 2.パート 3.年金受給者

被扶養者欄1	氏名(フリガナ)			個人番号						性別	男・女		
	氏名(氏)			生年月日	昭・平・令						続柄		
	現住所	〒 - ※住民票住所が現住所と異なる場合は右記に住民票住所をご記入ください。			1.同居 2.別居	住民票住所							
	増員	被扶養者になった日	令和						増員理由	1.被保険者入社 2.離職 3.収入減	4.結婚 5.出生 6.その他( )	職業	1.無職 2.パート 3.年金受給者

被保険者の配偶者が日本発条健康保険組合の被保険者である場合、こちらご記入ください。

増員の場合で、被保険者の配偶者がニツパツやニツパツグループに勤務しており、日本発条健康保険組合の被保険者である方は、下記項目もご記入ください。

配偶者 被保険者証 記号・番号	記号	番号
-----------------	----	----

事業所確認	常務理事	事務長	担当者

# 健康保険被扶養者届(増員・減員)

受付印

※申請する項目(増員・減員)に○をして下さい。

令和 ××年 ××月 ××日 提出

事業主記入欄	事業所名称	事業主氏名
	事業所所在地	
	電話番号	
<input checked="" type="checkbox"/> この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①被保険者が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか被保険者が確認している。		健康保険労務士記入欄

必ず確認のレ点をご記入ください。

こちらは被保険者について記入します。

被保険者欄	被保険者記号・番号	××××	××××	生年月日	昭・平・令	×	×	×	×	×	×	連絡先	×××(×××)×××
	氏名	(フリガナ) ニツパツ (氏) 日発	(名) タロウ 太郎	住所	〒×××-×××× 神奈川県横浜市金沢区福浦××丁目×番地×号								

こちらは申請する被扶養者について記入します。

被扶養者欄について、被扶養者になった場合は「増員」被扶養者でなくなった場合は「減員」を○で囲み、右に続く項目を記入してください。

※被扶養者の「増員」と「減員」は同時に提出できません。「増員」、「減員」はそれぞれ別の用紙で提出してください。

被扶養者欄1	氏名	(フリガナ) ニツパツ (氏) 日発	(名) リョウタ 良太	個人番号						性別	<input checked="" type="radio"/> 男 女			
	生年月日	昭・平・令	×	×	×	×	×	×	続柄	長男				
	現住所	〒×××-×××× ※住民票住所が現住所と異なる場合は右記に住民票住所をご記入ください。 神奈川県愛甲郡愛川町××丁目×番地×号			1. 同居 2. 別居	住民票住所	〒×××-×××× 神奈川県横浜市金沢区福浦××丁目×番地×号							
	増員	被扶養者になった日	令和	×	×	×	×	×	増員理由	1. 被保険者入社 2. 離職 3. 収入減	4. 結婚 5. 出生 6. その他( )	職業	1. 無職 2. パート 3. 年金受給者	4. 未就学児 5. 学生 6. その他( )
減員	被扶養者でなくなった日	令和	×	×	×	×	×	減員理由	1. 就職 2. 収入増 3. 離婚	4. 後期高齢者 5. 死亡 6. その他( )	資格削除証明書	<input checked="" type="radio"/> 要 ・ 不要	被保険者証	<input checked="" type="radio"/> 添付 ・ 返却不能

事実発生日をご記入ください。  
例えば、就職の場合は就職日が喪失日になります。

社会保険資格削除証明書を希望する場合は、  
こちらに○をご記入ください。

被扶養者欄1	氏名	(フリガナ) (氏) (名) 	個人番号						性別	男・女		
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	続柄						
	現住所	〒 - ※住民票住所が現住所と異なる場合は右記に住民票住所をご記入ください。			1. 同居 2. 別居	住民票住所	〒 -					
	増員	被扶養者になった日	令和	年	月	日	増員理由	1. 被保険者入社 2. 離職 3. 収入減	4. 結婚 5. 出生 6. その他( )	職業	1. 無職 2. パート 3. 年金受給者	4. 未就学児 5. 学生 6. その他( )
減員	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	減員理由	1. 就職 2. 収入増 3. 離婚	4. 後期高齢者 5. 死亡 6. その他( )	資格削除証明書	要 ・ 不要	被保険者証	添付 ・ 返却不能

被扶養者欄1	氏名	(フリガナ) (氏) (名) 	個人番号						性別	男・女		
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	続柄						
	現住所	〒 - ※住民票住所が現住所と異なる場合は右記に住民票住所をご記入ください。			1. 同居 2. 別居	住民票住所	〒 -					
	増員	被扶養者になった日	令和	年	月	日	増員理由	1. 被保険者入社 2. 離職 3. 収入減	4. 結婚 5. 出生 6. その他( )	職業	1. 無職 2. パート 3. 年金受給者	4. 未就学児 5. 学生 6. その他( )
減員	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	減員理由	1. 就職 2. 収入増 3. 離婚	4. 後期高齢者 5. 死亡 6. その他( )	資格削除証明書	要 ・ 不要	被保険者証	添付 ・ 返却不能

増員の場合で、被保険者の配偶者がニツパツやニツパツグループに勤務しており、日本発条健康保険組合の被保険者である方は、下記項目もご記入ください。

配偶者 被保険者証 記号・番号	記号	番号
-----------------	----	----

事業所確認	常務理事	事務長	担当者