



健康保険被扶養者（異動）届

事業所の所在地 ○○県○○市△△5-5
 名称 ○○○○株式会社
 代表者氏名 ○○○○



被保険者の氏名	日本 太郎		生年月日	昭和 00 年 0 月 0 日生	標準報酬月額	000 千円		被保険者証記号番号			
資格取得年月日	昭和 00 年 00 月 00 日		被保険者の住所	000-0000 ○○県○○市○○1-1				記号 (0000)	番号 (0000)		
増減別	フリガナ	性別	生年月日	続柄	職業及び収入	同居・別居の区別	扶養又は削除の理由	扶養又は削除の事実が発生した日	個人番号		
増減	ニホン アイコ	男	昭和 00 年 0 月 0 日	妻	無職	同居	退職・婚姻・出生 就職・離婚・死亡 高齢者医療・高齢者医療(障害)	00年 0月 0日	1 1 1 1 1 2 2 2 2 3 3 3 3	後日提出	海外居住 ()
増減	日本 愛子	女	昭和 00 年 0 月 0 日	妻	無職	同居	退職・婚姻・出生 就職・離婚・死亡 高齢者医療・高齢者医療(障害)	年 月 日		後日提出	海外居住 ()
増減		男	昭和 00 年 0 月 0 日			同居	退職・婚姻・出生 就職・離婚・死亡 高齢者医療・高齢者医療(障害)	年 月 日		後日提出	海外居住 ()
増減		女	昭和 00 年 0 月 0 日			同居	退職・婚姻・出生 就職・離婚・死亡 高齢者医療・高齢者医療(障害)	年 月 日		後日提出	海外居住 ()
増減		男	昭和 00 年 0 月 0 日			同居	退職・婚姻・出生 就職・離婚・死亡 高齢者医療・高齢者医療(障害)	年 月 日		後日提出	海外居住 ()
増減		女	昭和 00 年 0 月 0 日			同居	退職・婚姻・出生 就職・離婚・死亡 高齢者医療・高齢者医療(障害)	年 月 日		後日提出	海外居住 ()

●異動のあった日から五日以内に届出してください。

- [注意] 1. 扶養の届出(増)する場合は、必ず次ページの「被扶養者現況届」を記載してください。3人以上の場合は、現況届をコピーして届出してください。
 2. 資格取得または異動のあった都度(5日以内)提出のこと。[被扶養者が医療機関で受診できるのは、「組合が認定した日」からです。]
 3. 続柄欄には、「戸籍上の続柄」どおり正確に記載してください。
 4. 「妻・実子以外の者」を扶養する場合は、「世帯全体の住民票」(続柄の省略のないもの)を添付してください。
 5. 女子の被保険者が、この届出をする場合は「世帯全員の住民票」(続柄の省略のないもの)を添付してください。
 6. 扶養又は削除の理由については、該当する理由を○で囲んでください。
 または、他の理由の場合は、その理由を記載してください。
 7. 扶養又は削除の事実が発生した日は、誤りのないよう必ず記載してください。
 8. 被保険者証(家族)の回収区分については、該当する事項を○で囲んでください。
 滅失の際は、必ず滅失届を添付してください。

※印は記載しないでください。

常務理事	事務長	次長	課長	係長	係員

神奈川県電子電気機器健康保険組合

被 扶 養 者 現 況 届

(扶養するとき：5日以内に届出すること)

※ この届は、被扶養者を認定する為に必要な書類ですから、正確にご記入ください。
※ 記載内容の秘密は厳守します。
下記のとおり相違ありません。
この届の記載内容は、個人情報の保護に関する法律に定める個人情報にあたるため、この届の目的に使用することを同意します。

神奈川県電子電気機器健康保険組合理事長 殿

年 月 日

住所 〒000-0000 ○○県○○市○○1-1
氏名 日本 太郎
電話 000 (000) 0000

※ 該当する文字等に○印を付して、所要事項を記載してください。

(フリガナ) 被扶養者氏名	(ニホン アイコ) 日本 愛子 (続 妻)	() (続 続 続)	() (続 続 続)
生 年 月 日	昭和・平成 ○年○月○日生	昭和・平成 年 月 日生	昭和・平成 年 月 日生
照 会 事 項	同居 (本人に同じ) 別居 (住民票添付)	同居 (本人に同じ) 別居 (住民票添付)	同居 (本人に同じ) 別居 (住民票添付)
1. 扶養するに至った理由(退職の理由等)	結婚		
2. 届出前の職業または勤務先等	職 業 会社員 会社名 ○○株式会社 所在地 ○○市○○1-1 退職年月日 ○○年○○月○○日 勤続年数 ○年(通算勤続年数○年)	職 業 会社名 所在地 退職年月日 年 月 日 勤続年数 年(通算勤続年数 年)	職 業 会社名 所在地 退職年月日 年 月 日 勤続年数 年(通算勤続年数 年)
3. 妊 娠 に つ い て (上記2.に記載のある配偶者)	出産予定日 年 月 日 ・ 無	出産予定日 年 月 日 ・ 無	出産予定日 年 月 日 ・ 無
4. 雇 用 保 険 (失 業 保 険) 受 給 の 有 無	有 (受給手続者も含む) ・ 無	有 (受給手続者も含む) ・ 無	有 (受給手続者も含む) ・ 無
5. 給 与 所 得	有 (年間収入 円) ・ 無 (有の場合は、源泉徴収票、または給与所得証明書を添付してください。)	有 (年間収入 円) ・ 無 (有の場合は、源泉徴収票、または給与所得証明書を添付してください。)	有 (年間収入 円) ・ 無 (有の場合は、源泉徴収票、または給与所得証明書を添付してください。)
6. 給 与 所 得 の 扶 養 控 除 申 告 の 有 無 (有の場合は、扶養控除申告書(写)を添付してください。)	有 無し 無 無し	有 無し 無 無し	有 無し 無 無し
7. 在 学 中 の 有 無 (有の場合は、現在の学生証写または在学証明書を添付してください。 義務教育までは添付不要です。) (2) アルバイトの有無	有 無し (学校名: 学校 学年在学中) 昼間部 夜間部 (専門学校生は修業内容:) アルバイト有無 有 (年額 円) ・ 無	有 無し (学校名: 学校 学年在学中) 昼間部 夜間部 (専門学校生は修業内容:) アルバイト有無 有 (年額 円) ・ 無	有 無し (学校名: 学校 学年在学中) 昼間部 夜間部 (専門学校生は修業内容:) アルバイト有無 有 (年額 円) ・ 無
8. 16才以上60才未満の者である学生以外の者(専業主婦以外の者は、民生委員の無職無収入証明書を添付のこと。)を扶養している場合は、その理由を記載してください。 身障者は、その手帳(写)を添付してください。	専業主婦		
9. 国 保 加 入 に つ い て	(国民健康保険の加入の有無: 有(無))	(国民健康保険の加入の有無: 有・無)	(国民健康保険の加入の有無: 有・無)

(注意) 住民票を添付の際は、「世帯全員の住民票(続柄の省略の無いもの)」を添付してください。

- 離婚者の場合は、子の養育料の額およびその期間。()
- 別居の場合：毎月送金していますか。
有：毎月の送金額 円(直近3ヶ月間の現金書留受領証または送金領収書を添付してください。)
無：理由 ()
別居先の同居者氏名(続柄)：1. () 2. () 3. ()
(勤務先・月収) () () ()
- 他の者と共同で生活費を負担している場合は、その内容・内訳を記入してください。
- 家族構成(同居・12の場合は同居、別居を含めた兄弟、姉妹全家族) (この欄記載できない者は別紙に記載のこと。)

氏 名	続 柄	年 齢	職 業	勤 務 先	月 収	同 居 ・ 別 居	住 所
日本 太郎	(本人)	○○	会社員	○○○○株式会社	00万円		○○県○○市○○1-1
日本 愛子	妻	○○	無職	無し	無し	同居	同上