

取扱注意

増

健康保険被扶養者異動届 (扶養するとき)

事業主(事業主代理人)記入箇所
下記の通り被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します。
令和 年 月 日提出
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号 ()
印

健康保険組合
長 長 担当者

健保受付

健康保険組合 記入欄
異動年月日
号 年 月 日
H
R
万円 × = 万円 /2=

関西電力健康保険組合 常務理事 殿

被保険者番号 被保険者 氏名 被保険者 生年月日 所 属(※任意継続被保険者は記入不要) 被 保 険 者 住 所 (単身赴任の方は留守宅を記入)
被 扶 養 者 名 性 別 続 柄 生 年 月 日 職 業・学 年 等 収 入 (※1) 申 請 事 由 扶 養 要 件 を 満 た し た 日 同 居・別 居
フリガナ 姓 名 個人番号 区分 年 額
給与 円 区分
年金 円
事業 円
その他 (傷病手当・株配当等) 円
A:出生 B:被保険者資格取得 C:雇用保険受給終了 D:退職 E:結婚 F:収入の減少 G:別居から同居 H:その他 (下記余白へ記入願います)
(別居理由)
共同扶養する他保険や他組合の被保険者の年取確認 (※2)
年取(見込み)額 (※1) 氏 名 続 柄
【記入に当たっての注意事項】
★届出内容に誤りや虚偽の内容があった場合、被扶養者の認定そのものを取り消す事があります。
★その間に使用された医療費は全額お返し頂きます。
★個人番号については、健康保険届出事務に関して利用するものです。
※1 収入は届出時点から向こう1年間の見込額を記入して下さい。
※2 共同で生活を支えている方(申請者の配偶者、兄弟姉妹、両親など)が存在する場合、共同扶養者欄に記入して下さい。
上記の事実と相違ありません。 氏名 印
ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。 令和元年5月1日更新