

健康保険 被扶養者異動届

確認	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。 <input type="checkbox"/> ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 <input type="checkbox"/> ② 記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。
----	---

常務理事	事務長	係	係
------	-----	---	---

記号・番号	記号	被保険者氏名	フリガナ	性別	生年月日			資格取得年月日		
	番号			男・女	昭和・平成	年	月	日	年	月
被保険者の住所	〒			本人年収※1		配偶者年収		標準報酬月額【健保欄】		
	電話番号:			約	万円	約	万円		千円	

※氏名の姓と名の間にスペースを入れてください。フリガナについては濁点・半濁点は一文字としてください。 ※1入社して間もない場合は今後の年間収入見込額をご記入ください。

フリガナ	26文字目からこちらにご記入ください																			
被扶養者氏名	16文字目からこちらにご記入ください																			
生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	性別	男・女	世帯	同居・別居	続柄	(長男等)	個人番号	扶養になった日 または除かれた日	職業	理由						
												追加・削除	令和	年	月	日	年間収入見込額	万円	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要
													<input type="checkbox"/>	上記給与収入のみである						
フリガナ	26文字目からこちらにご記入ください																			
被扶養者氏名	16文字目からこちらにご記入ください																			
生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	性別	男・女	世帯	同居・別居	続柄	(長男等)	個人番号	扶養になった日 または除かれた日	職業	理由						
												追加・削除	令和	年	月	日	年間収入見込額	万円	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要
													<input type="checkbox"/>	上記給与収入のみである						
フリガナ	26文字目からこちらにご記入ください																			
被扶養者氏名	16文字目からこちらにご記入ください																			
生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	性別	男・女	世帯	同居・別居	続柄	(長男等)	個人番号	扶養になった日 または除かれた日	職業	理由						
												追加・削除	令和	年	月	日	年間収入見込額	万円	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要
													<input type="checkbox"/>	上記給与収入のみである						

事業所の確認	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話

提出先 勤務先(原籍)担当部門
 提出期限 異動が生じた日から5日以内
 添付書類 追加の場合は被扶養者現況表と現況表に記載の必要書類
 削除の場合は、発行されている有効な証(資格確認書、高齢受給者証、限度額適用認定証等)
 削除理由が失業給付受給開始による場合は、雇用保険受給資格者証の第1~4面の写し
 資格喪失後にYG健康保険組合の資格で受診された場合、医療費の返還請求をいたします。
 マイナ保険証を保有している方は、資格確認書の交付対象外となります。

令和 年 月 日提出
 受付日付印