# 健康保険被扶養者（異動）届　（配偶者用）

《注意》　追加の場合の認定日は原則、健保書類受付日（事由発生日から５日以内に健保で書類を受付けた場合は、事由発生日）

【提出ルート】本人　→　事業所の健保担当窓口　→　健保
人事・総務など、工場は工場管理課（工場総務）

| 健　保　使　用　欄 | | | |
|---|---|---|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係長 | 担当 |
| | | | |

被保険者年間収入　　月額
千円　＝　千円　× 1.3×12ヶ月
被保険者年間収入　＞　配偶者年間収入　＞　130万
千円　× 0.5　＜　円　＜　180万

| 認　定 | 否　認　定 |
|---|---|
| | |

社会保険労務士記載欄
氏　名　等　㊞

## 事業主記入欄

| | |
|---|---|
| 事業所所在地 | 〒<br>**扶養追加例 A:退職** |
| 事業所名称 | |
| 事業主氏名 | ㊞ |
| 電話番号 | |

**保険証氏名の上に記載のある記号と番号を確認のうえ、正しく記入ください**

## A・被保険者

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保険証記号 | 1× | 番号 | 12××× |
| 氏名 | （ﾌﾘｶﾞﾅ）ケンポ　タロウ<br>健 保　太 朗 | 生年月日 | [✓ 昭和] 平成　5 2 年 0 3 月 2 1 日 |
| | | 性別 | [✓ 1. 男性] 2. 女性 |
| | | 基礎年金番号 | 1 2 × × × × × × × × |
| 住所 | 〒 446 — 0057<br>愛知 都 道 府 [✓ 県] ××市○○町△△丁目□番地 | | |

**年金手帳等を確認のうえ、正しく記入ください**

配偶者を扶養にする場合は「追加」、扶養からはずす場合は「削除」を○で囲んでください。

## B・配偶者欄

| | | | |
|---|---|---|---|
| 氏名 | この届書記載のとおり届出します。<br>令和 ~~平成~~ 1 年 5 月 1 日<br>（ﾌﾘｶﾞﾅ）ケンポ　ハナコ<br>（氏 名）健 保　華 子　㊞ 健保<br>※届書の提出は配偶者（第２号被保険者）に委任します ☑ | 生年月日 | [✓ 昭和] 平成　5 5 年 1 0 月 0 9 日 |
| | | 続柄 | 1. 夫　[✓ 2. 妻]　3. 夫（未届）　4. 妻（未届） |
| | | 基礎年金番号 | 3 4 × × × × × × × × |
| | | 外国籍 | |
| | | 外国人通称名 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） |
| 住所 | [✓ 同居] 別居<br>〒 446 — 0057<br>愛知県××市○○町△△町□番地 | 電話番号 | 1. 自宅　[✓ 2. 携帯]　3. 勤務先　4. その他<br>090（1×××）2××× |
| [✓ 追加] | 被扶養者になった日：令和 ~~7. 平成~~ 0 1 年 0 5 月 0 1 日 | 理由 | 1. 配偶者の就職　2. 婚姻　[✓ 3. 離職]　4. 収入減少　5. その他（　） |
| 削除 | 被扶養者でなくなった日：※ 7. 平成　年　月 | 理由 | 1. 死亡（平成　年　月　日死亡）　2. 離婚　3. 収入増加　4. 就職　5. 障害認定　6. その他（　） |

**1枚目と3枚目に捺印ください**

**必ずチェックしてください**

**追加に○をつけてください**

**3．離職に○をつけてください**

※被扶養者でなくなった日　付以降は、アイシン健保の資格がないため保険証は使用しないでください。

**●退職した場合･･･退職日の翌日を記入**

**【注意事項】**
**扶養認定日は原則、健保書類受付日となります。**
**事由発生日から5日以内に健保で書類を受付けた場合は、**
**事由発生日が扶養認定日になります。**

保　険　証　添　付（削除の場合）

添付できない場合は、右記の滅失届を
ご記入・捺印のうえ提出ください。（必須）

③　新にお勤め先などで発行された保険証が
ある場合は、コピーを添付してください。
（必須）

### 滅失届

保険証を紛失し再三心当たりを探しましたが、見当たらず深くお詫び申し上げます。
紛失した保険証を発見した場合は速やかに返却致します。
なお、第三者等がその保険証を使用した際の医療費、その他の損害については、私が責任を負うことを誓約致します。

年　　月　　日

被保険者氏名　㊞

# 健康保険被扶養者（異動）届　（配偶者用）

《注意》　追加の場合の認定日は原則、健保書類受付日（事由発生日から５日以内に健保で書類を受付けた場合は、事由発生日）

【提出ルート】 本人　→　事業所の健保担当窓口　→　健保
人事・総務など、工場は工場管理課（工場総務）

**扶養追加例 B:失業給付受給終了**

| 健保使用欄 | | | |
|---|---|---|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係長 | 担当 |
| | | | |

被保険者年間収入　　月額
千円 ＝ 千円 × 1.3×12ヶ月
被保険者年間収入　＞ 配偶者年間収入 ＞ 130万
千円 × 0.5 ＜ 円 ＜ 180万

| 認定 | 否認定 |
|---|---|
| | |

社会保険労務士記載欄
氏名等　　印

| 事業主記入欄 | |
|---|---|
| 事業所所在地 | 〒 |
| 事業所名称 | |
| 事業主氏名 | 印 |
| 電話番号 | |

## A・被保険者

保険証氏名の上に記載のある記号と番号を確認のうえ、正しく記入ください

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 保険証記号 | 1× | 番号 | 12××× | | |
| 氏名 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） ケンポ　タロウ<br>健 保　太 朗 | | | 生年月日 | [✓ 昭和] 平成 5年 2 0月 3 2日 1 |
| | | | | 性別 | [✓ 1. 男性] 2. 女性 |
| | | | | 基礎年金番号 | 1 2 × × × × × × × × |
| 住所 | 〒 446 — 0057<br>愛知 都道府[✓ 県] ××市○○町△△丁目□番地 | | | | |

年金手帳等を確認のうえ、正しく記入ください

配偶者を扶養にする場合は「追加」、扶養からはずす場合は「削除」を○で囲んでください。

## B・配偶者欄

1枚目と3枚目に捺印ください

| | | | |
|---|---|---|---|
| 氏名 | この届書記載のとおり届出します。<br>~~平成~~ 令和 1 年 5 月 10 日<br>（ﾌﾘｶﾞﾅ） ケンポ　ハナコ<br>（氏 名）　健 保　華 子　健保<br>※届書の提出は配偶者（第２号被保険者）に委任します ☑ | 生年月日 | [✓ 昭和] 平成 5年 5 1月 0 0日 9 |
| | | 続柄 | 1. 夫 [✓ 2. 妻] 3. 夫（未届） 4. 妻（未届） |
| | | 基礎年金番号 | 3 4 × × × × × × × × |
| | | 外国籍 | |
| | | 外国人通称名 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） |
| 住所 | [✓ 同居] 別居　〒 446 — 0057<br>愛知県××市○○町△△町□番地 | 電話番号 | 1. 自宅 [✓ 2. 携帯] 3. 勤務先 4. その他<br>090（1×××）2××× |

必ずチェックしてください

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| [✓ 追加] | 被扶養者になった日 | 令和 ~~7. 平成~~ 0 1 年 0 5 月 0 6 日 | 理由 | 1. 配偶者の就職 2. 婚姻 3. 離職 4. 収入減少 [✓ 5. その他]（失業給付受給終了） | 備考 |
| 削除 | 被扶養者でなくなった日 | ※ 7. 平成 年 月 | | 1. 死亡（平成 年 月 日死亡） 2. 離婚 3. 収入増加 4. 就職 5. 障害 6. その他（ ） | |

追加に○をつけてください

5. その他に○を付け、理由を記入

※被扶養者でなくなった日付以降は、アイシン健保の資格がないため保険証は使用しないでください。

●失業給付終了の場合･･･失業給付終了日の翌日または
健保から案内した日を記入

【注意事項】
扶養認定日は原則、健保書類受付日となります。
事由発生日から5日以内に健保で書類を受付けた場合は、
事由発生日が扶養認定日になります。

（削除の場合）

ご記入・捺印のうえ提出ください。（必須）

③ 新にお勤め先などで発行された保険証がある場合は、コピーを添付してください。（必須）

**滅失届**

保険証を紛失し再三心当たりを探しましたが、見当たらず深くお詫び申し上げます。
紛失した保険証を発見した場合は速やかに返却致します。
なお、第三者等がその保険証を使用した際の医療費、その他の損害については、私が責任を負うことを誓約致します。

年　月　日

被保険者氏名　　印

# 健康保険被扶養者（異動）届　（配偶者用）

《注意》　追加の場合の認定日は原則、健保書類受付日（事由発生日から５日以内に健保で書類を受付けた場合は、事由発生日）

【提出ルート】 本人 → 事業所の健保担当窓口 → 健保
人事・総務など、工場は工場管理課（工場総務）

| 健保使用欄 | | | |
|---|---|---|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係長 | 担当 |
| | | | |

被保険者年間収入　　　　月額
＿＿＿千円 ＝ ＿＿＿千円 × 1.3×12ヶ月
被保険者年間収入 ＞ 配偶者年間収入 ＞ 130万
＿＿＿千円 × 0.5 ＜ ＿＿＿円 ＜ 180万

| 認　定 | 否　認　定 |
|---|---|
| | |

社会保険労務士記載欄
氏　名　等　　　　㊞

**扶養追加例 C：例A・B以外**

| 事業主記入欄 | |
|---|---|
| 事業所所在地 | 〒 |
| 事業所名称 | |
| 事業主氏名 | ㊞ |
| 電話番号 | |

保険証氏名の上に記載のある記号と番号を確認のうえ、正しく記入ください

**A・被保険者**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保険証記号 | 1× | 番号 | 12××× |
| 氏名 (ﾌﾘｶﾞﾅ) | ケンポ | | タロウ |
| 氏名 | 健 保 | | 太 朗 |
| 生年月日 | [✓ 昭和] 平成　5 2 年 0 3 月 2 1 日 | 性別 | [✓ 1. 男性] 2. 女性 |
| 基礎年金番号 | 1 2 × × × × × × × × | | |
| 住所 | 〒 446 — 0057<br>愛知 都道府[✓ 県] ××市〇〇町△△丁目□番地 | | |

年金手帳等を確認のうえ、正しく記入ください

配偶者を扶養にする場合は「追加」、扶養からはずす場合は「削除」を〇で囲んでください。

**B・配偶者欄**

この届書記載のとおり届出します。
令和 ~~平成~~ 1 年 5 月 15 日

1枚目と3枚目に捺印ください

(ﾌﾘｶﾞﾅ)　ケンポ　ハナコ
（氏　名）　健 保　華 子　　㊞ 健保

※届書の提出は配偶者（第２号被保険者）に委任します ☑

必ずチェックしてください

| | | | |
|---|---|---|---|
| 生年月日 | [✓ 昭和] 平成　5 5 年 1 0 月 0 9 日 | 続柄 | 1. 夫 [✓ 2. 妻] 3. 夫（未届） 4. 妻（未届） |
| 基礎年金番号 | 3 4 × × × × × × × × | | |
| 外国籍 | | 外国人通称名 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) |
| 住所 | [✓ 同居] 別居　〒 446 — 0057<br>愛知県××市〇〇町△△町□番地 | 電話番号 | 1. 自宅 [✓ 2. 携帯] 3. 勤務先 4. その他<br>090（1×××）2××× |

[✓ 追加]
被扶養者になった日：令和 ~~7. 平成~~ 0 1 年 0 5 月 × × 日
理由：1. 配偶者の就職　2. 婚姻　3. 離職　4. 収入減少　5. その他（　　　）

追加に〇をつけてください

備考

削除
被扶養者でなくなった日：※ 7. 平成　年　月
理由：1. 死亡（平成　年　月　日死亡）　2. 離婚　3. 収入増加　4. 就職　障害認　6. その他（

※被扶養者でなくなった日付以降は、アイシン健保

- ●退職した場合・・・退職日の翌日を記入
- ●結婚した場合・・・婚姻日を記入
- ●収入が減少した場合・・・収入が減少した日を記入
- ●失業給付終了の場合・・・失業給付終了日の翌日または健保から案内した日を記入
- ●その他・・・書類提出日を記入

【注意事項】
扶養認定日は原則、健保書類受付日となります。
事由発生日から5日以内に健保で書類を受付けた場合は、事由発生日が扶養認定日になります。

以下の該当する番号に〇をつけてください

1. 配偶者の就職
   新規・中途入社による扶養追加
2. 婚姻
   結婚による扶養追加
3. 離職
   退職による扶養追加
4. 収入減少
   雇用契約変更等で収入減による扶養追加
5. その他
   1～4に該当しない扶養追加
   その場合、理由を記入

滅失届

保険
見当
紛失
致し
なお
医療
負う
被保

# 健康保険被扶養者（異動）届　（配偶者以外の家族用）

《注意》　追加の場合の認定日は原則、健保書類受付日（事由発生日から５日以内に健保で書類を受付けた場合は、事由発生日）
但し、理由が出生の場合は除く

【提出ルート】本人　→　事業所の健保担当窓口　→　健保
人事・総務など、工場は工場管理課（工場総務）

| 健　保　使　用　欄 | | | |
|---|---|---|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係長 | 担当 |
| | | | |

被保険者年間収入　月額
＝　×　1.3　×　12
千円　千円

被保険者年間収入　＞　申請者収入　＞130万円
×　0.5
千円　＜　円　＜180万円

被保険者年間収入　家族年収　その他家族年収
＋　＞
千円　円　円

家族数　＜　その他家族人数
人　人

| 認　　定 | 否　認　定 |
|---|---|
| | |

社会保険労務士記載欄
氏　名　等　㊞

**扶養追加例 G：出生**

| 事業主記入欄 | |
|---|---|
| 事業所所在地 | 〒 |
| 事業所名称 | |
| 事業主氏名 | ㊞ |
| 電話番号 | |

保険証氏名の上に記載のある記号と番号を確認のうえ、正しく記入ください

| 被保険者 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 保険証記号 | 2× | 番号 | 25××× | | | |
| 氏名 | （ﾌﾘｶﾞﾅ）ケンポ<br>健　保 | タロウ<br>太　朗 | 健保㊞ | 生年月日 | [✓ 昭和] 平成　5 2 年 0 3 月 2 1 日 | 性別 [✓ 1. 男性] 2. 女性 |
| 住所 | 〒 446 ― 0057<br>愛知 都道府[✓ 県]　××市○○町△△丁目□番地 | | | | | |

**扶養にする場合は「追加」、扶養からはずす場合は「削除」を○で囲んでください。**

※1　続柄は省略せずに正確に記入してください。《例》長男・二男・養子・母・義父　等（「子」は不可）

その他の被扶養者欄

| フリガナ | ケンポ | ダイスケ | 性　別 | 続　柄※1 | 生　年　月　日 | 同居・別居 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 氏　名 | 健　保 | 大　輔 | [✓ 1. 男性] 2. 女性 | 長男 | 昭和 平成 令和 ０１年０５月１１日 | [✓ 同居] 別居 |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| [✓ 追加] | 被扶養者になった日 | 令和 ~~7. 平成~~ | 0 | 1 年 | 0 | 5 月 | 1 | 1 日 | 理由 | ☑ 出生　□ 養子縁組　□ 扶養異動　□ 退職　□ 失業給付受給終了<br>□ 収入減少　婚　□ 被保険者の入社　□ その他（理由：　） |
| 削除 | 扶養者でなった | 7. 平成 | | 年 | | 月 | | | 理由 | 職　加　□ 失業給付受給<br>□ 別居　□ 死亡（死亡日　月　日）　□ 後期高齢者（障害認定日　月　日）　□ その他（理由：　） |

●出生した場合・・・生年月日を記入

●出生した場合・・・出生にチェック

追加に○をつけてください

| フリガナ | | | 性　別 | 続　柄※1 | 生　年　月　日 | 同居・別居 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 氏　名 | | | 1. 男性　2. 女性 | | 昭和 平成　年　月　日 | 同居・別居 |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 追加 | 被扶養者になった日 | 7. 平成 | | 年 | | 月 | | 日 | 理由 | □ 出生　□ 養子縁組　□ 扶養異動　□ 退職　□ 失業給付受給終了<br>□ 収入減少　□ 結婚　□ 被保険者の入社　□ その他（理由： |
| 削除 | 被扶養者でなくなった日 | ※2<br>7. 平成 | | 年 | | 月 | | 日 | 理由 | □ 就職　□ 離婚　□ 扶養異動　□ 収入増加　□ 失業給付受給<br>□ 別居　□ 死亡（死亡日　月　日）　□ 後期高齢者（障害認定日　月　日）　□ その他（理由：　） |

※2　被扶養者でなくなった日の欄に記入した日付以降は、アイシン健保の資格がないため保険証は使用しないでください。
使用されると医療費を請求する場合があります。

**保険証添付（削除の場合）**

① 扶養から削除する方の保険証（アイシン健保発行のもの）をここにクリップ等でとめて、提出ください。

② アイシン健保発行の保険証を紛失等で添付できない場合は、右記の滅失届をご記入・捺印のうえ提出ください。（必須）

③ 新にお勤め先などで発行された保険証がある場合は、コピーを添付してください。（必須）

→

**滅失届**

保険証を紛失し再三心当たりを探しましたが、見当たらず深くお詫び申し上げます。
紛失した保険証を発見した場合は速やかに返却致します。
なお、第三者等がその保険証を使用した際の医療費、その他の損害については、私が責任を負うことを誓約致します。

年　　月　　日

被保険者氏名　㊞

# 健康保険被扶養者（異動）届　（配偶者以外の家族用）

《注意》　追加の場合の認定日は原則、健保書類受付日（事由発生日から５日以内に健保で書類を受付けた場合は、事由発生日）
但し、理由が出生の場合は除く

【提出ルート】本人　→　事業所の健保担当窓口　→　健保
人事・総務など、工場は工場管理課（工場総務）

**扶養追加例 H:収入減少**

| 事業主記入欄 | |
|---|---|
| 事業所所在地 | 〒 |
| 事業所名称 | |
| 事業主氏名 | ㊞ |
| 電話番号 | |

| 健保使用欄 | | | |
|---|---|---|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係長 | 担当 |
| | | | |

被保険者年間収入　＝　月額　千円　× 1.3 × 12　千円

被保険者年間収入 × 0.5　千円　＞ ＜　申請者収入　円　＞130万円 ＜180万円

被保険者年間収入 ＋ 家族年収　千円　円　＞　その他家族年収　円

家族数　人　＜　その他家族人数　人

| 認　定 | 否　認　定 |
|---|---|
| | |

社会保険労務士記載欄
氏　名　等　㊞

**保険証氏名の上に記載のある記号と番号を確認のうえ、正しく記入ください**

| 被保険者 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 保険証記号 | 2× | 番号 | 25××× | | | |
| 氏名 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） ケンポ<br>健 保 | タロウ<br>太 朗 | 健保 ㊞ | 生年月日 | [✓ 昭和] 平成 5 2 年 0 3 月 2 1 日 | 性別 [✓ 1. 男性] 2. 女性 |
| 住所 | 〒 446 ― 0057<br>愛知 都道府[✓ 県] ××市○○町△△丁目□番地 | | | | | |

**扶養にする場合は「追加」、扶養からはずす場合は「削除」を○で囲んでください。**

※1　続柄は省略せずに正確に記入してください。《例》長男・二男・養子・母・義父　等（「子」は不可）

その他の被扶養者欄

| フリガナ | ケンポ | ヒロシ | 性別 | 続柄※1 | 生年月日 | 同居・別居 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 氏名 | 健 保 | 寛 | [✓ 1. 男性] 2. 女性 | 父 | [✓ 昭和] 平成 2 3 年 0 9 月 2 1 日 | [✓ 同居] 別居 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| [✓ 追加] | 被扶養者になった日 | 令和 ~~7. 平成~~ 0 1 年 0 6 月 0 1 日 | 理由 | □ 出生　□ 養子縁組　□ 扶養異動　□ 退職　□ 失業給付受給終了<br>☑ 収入減少　□ 結婚　□ 被保険者の入社　□ その他（理由：　　） |
| 削除 | | ※2 年 月 日 | 理由 | □ 就職　□ 離婚　□ 扶養異動　□ 収入増加　□ 失業給付受給<br>□ 別居　□ 死亡（死亡日　月　日）　□ 後期高齢者（障害認定日　月　日）　□ その他（理由：　　） |

**追加に○をつけてください**

| フリガナ | ケンポ | キクエ | 性別 | 続柄※1 | 生年月日 | 同居・別居 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 氏名 | 健 保 | 菊江 | 1. 男性 [✓ 2. 女性] | 母 | [✓ 昭和] 平成 2 6 年 1 2 月 0 3 日 | [✓ 同居] 別居 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| [✓ 追加] | 被扶養者になった日 | 令和 ~~7. 平成~~ 0 1 年 0 6 月 0 1 日 | 理由 | □ 出生　□ 養子縁組　□ 扶養異動　□ 退職　□ 失業給付受給終了<br>☑ 収入減少　□ 結婚　□ 被保険者の入社　□ その他（理由：　　） |
| 削除 | 被扶養者でなくなった日 | ※2 年 月 日 | 理由 | □ 就職　□ 離婚　□ 扶養異動　□ 収入増加　□ 失業給付受給<br>□ 別居　□ 死亡（死亡日　月　日）　□ （障害認定日　月　日）　□ （理由：　　） |

**収入減少にチェックしてください**

アイシン健保の資格がないため保険証は使用しないでください。

**●収入が減少した場合・・・収入が減少した日を記入**

**【注意事項】**
**扶養認定日は原則、健保書類受付日となります。**
**事由発生日から5日以内に健保で書類を受付けた場合は、**
**事由発生日が扶養認定日になります。**

付（削除の場合）

② アイシン健保発行の保険証を紛失等で添付できない場合は、右記の滅失届をご記入・捺印のうえ提出ください。（必須）

③ 新にお勤め先などで発行された保険証がある場合は、コピーを添付してください。（必須）

滅失届

保険証を紛失し再三心当たりを探しましたが、見当たらず深くお詫び申し上げます。
紛失した保険証を発見した場合は速やかに返却致します。
なお、第三者等がその保険証を使用した際の医療費、その他の損害については、私が責任を負うことを誓約致します。

年　　月　　日

被保険者氏名　㊞

# 健康保険被扶養者（異動）届　（配偶者以外の家族用）

《注意》　追加の場合の認定日は原則、健保書類受付日（事由発生日から５日以内に健保で書類を受付けた場合は、事由発生日）
但し、理由が出生の場合は除く

【提出ルート】本人　→　事業所の健保担当窓口　→　健保
人事・総務など、工場は工場管理課（工場総務）

| 健　保　使　用　欄 | | | |
|---|---|---|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係長 | 担当 |
| | | | |

被保険者年間収入　月額
＝　×　1.3　×　12
千円　千円

被保険者年間収入　＞　申請者収入　＞130万円
×　0.5
千円　＜　円　＜180万円

被保険者年間収入　家族年収　その他家族年収
＋　＞
千円　円　円
家族数　＜　その他家族人数
人　人

| | |
|---|---|
| 認　　定 | 否　認　定 |

社会保険労務士記載欄
氏　名　等　㊞

**事業主記入欄**

| | |
|---|---|
| 事業所所在地 | 〒 |
| 事業所名称 | |
| 事業主氏名 | ㊞ |
| 電話番号 | |

**扶養追加例Ⅰ:例G・H以外**

**保険証氏名の上に記載のある記号と番号を確認のうえ、正しく記入ください**

**被保険者**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 保険証記号 | 2× | 番号 | 25××× | | |
| 氏名 | （ﾌﾘｶﾞﾅ）ケンポ　タロウ<br>健　保　太　朗　㊞ 健保 | 生年月日 | [✓ 昭和] 平成　5 2 年 0 3 月 2 1 日 | 性別 | [✓ 1. 男性]　2. 女性 |
| 住所 | 〒 446 ― 0057<br>愛知　都道府[✓ 県]　××市○○町△△丁目□番地 | | | | |

**扶養にする場合は「追加」、扶養からはずす場合は「削除」を○で囲んでください。**

※1　続柄は省略せずに正確に記入してください。《例》長男・二男・養子・母・義父　等（「子」は不可）

**その他の被扶養者欄**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | ケンポ　ヒロシ | | 性　別 | 続　柄※1 | 生　年　月　日 | 同居・別居 |
| 氏　名 | 健　保　寛 | | [✓ 1. 男性]　2. 女性 | 父 | [✓ 昭和] 平成　2 3 年 0 9 月 2 1 日 | [✓ 同居]　別居 |
| [✓ 追加] | 被扶養者になった日 | 令和 ~~7. 平成~~　0 1 年 0 5 月 0 1 日 | 理由 | □ 出生　□ 養子縁組　□ 扶養異動　□ 退職　□ 失業給付受給終了<br>□ 収入減少　□ 結婚　□ 被保険者の入社　□ その他（理由：　） | | |
| 削 | | ※2　年　日 | 理由 | □ 就職　□ 離婚　□ 扶養　□ 収入増加　□ 失業給付受給<br>□ 別居　□ 死亡（死亡日　月　　）　その他　） | | |
| フリガナ | | | 性　別 | | | 居 |
| 氏　名 | | | | | 昭和 平成　年　月　日 | 同居・別居 |
| 追加 | 被扶養者になった日 | 7. 平成 | | □ 退職　□ 失業給付受給終了<br>の入社　□ その他（理由：　） | | |
| 削除 | 被扶養者でなくなった日 | ※2　7. 平成 | | □ 収入増加　□ 失業給付受給<br>後期高齢者（障害認定日　月　日）　□ その他（理由：　） | | |

※2　被扶　使用　は使用しないでください。

追加に○をつけてください

該当する項目にチェックしてください

●退職した場合･･･退職日の翌日を記入
●結婚した場合･･･婚姻日を記入
●収入が減少した場合･･･収入が減少した日を記入
●失業給付終了の場合･･･失業給付終了日の翌日または
健保から案内した日を記入
●その他･･･書類提出日を記入

【注意事項】
扶養認定日は原則、健保書類受付日となります。
事由発生日から5日以内に健保で書類を受付けた場合は、
事由発生日が扶養認定日になります。

**保険証添付（削除の場合）**

① 扶養から削除する
健保発行のもの）を
とめて、提出ください。

② アイシン健保発行の保険証を紛失等で
添付できない場合は、右記の滅失届を
ご記入・捺印のうえ提出ください。（必須）

③ 新にお勤め先などで発行された保険証が
ある場合は、コピーを添付してください。
（必須）

**滅失届**

再三心当たりを探しましたが、
、お詫び申し上げます。
紛失した保険証を発見した場合は速やかに返却致します。
なお、第三者等がその保険証を使用した際の医療費、その他の損害については、私が責任を負うことを誓約致します。

年　　月　　日

被保険者氏名　㊞