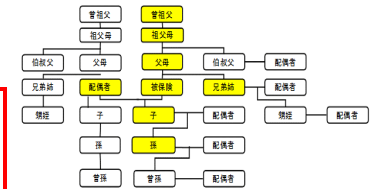


健康保険 被扶養者異動届（扶養追加用）



【必須提出書類】※その他の提出書類については、『提出書類一覧』をご確認ください。

- ① 今回扶養追加申請する方の世帯全員分の住民票（マイナンバーのみ省略、それ以外の事項は省略しない）
 ② 今回扶養追加申請する方の戸籍謄本※戸籍抄本は不可
 ③ 国民年金第3号被保険者関係係 ※20歳以上60歳未満の配偶者のみ必須

アイシン健康保険組合 御中

提出日： 令和 年 月 日

被保険者 (従業員)	被保険者 記号番号	記号	番号	ふりがな	被保険者氏名	性別
	氏名コード (従業員番号)				生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日
	現住所	〒 -				日中ご連絡のつく電話番号 自宅 携帯
	住民票住所	☐ 現住所と同じ ※現住所と異なる場合は下記に記入して下さい 〒 -				
※確認後、下記にチェックをお願いします（チェックがない場合は、書類不備として差し戻しとなります） ☐ ① 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）となります。 ☐ ② 「姓名」に使用できる漢字は『JIS第一水準・第二水準』のみです。それ以外の文字は使用できませんので、代替文字での表記となります。 ☐ ③ 被扶養者認定後は、厚生労働省の指導に基づき健康保険組合が、毎年行う「被扶養者資格調査（検認）」にご協力ください。 ご協力いただけない場合は、当組合での健康保険の資格が無効となる場合があります。 ☐ ④ 健康保険法第217条により、虚偽の申請や虚偽の答弁をした場合は、処罰の対象となります。						

※続柄は戸籍謄本のとおり、正確に記入してください。

被扶養者 (申請家族)	ふりがな	性別	続柄	職業（学生は在学年）
	被扶養者の氏名	☐ 男 ☐ 女		
	現住所	〒 -	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日
	住民票住所	☐ 現住所と同じ※現住所と異なる場合は、下記に記入してください		
	異動年月日 (扶養し始めた日)	令和 年 月 日	居住区分	☐ 同居 ☐ 別居
	異動理由 (扶養する理由)	☐ 離婚 ☐ 婚姻 ☐ 配偶者の入社 ☐ 離婚 ☐ 収入減少 ☐ 扶養異動 ☐ その他 ()		
	マイナンバーカードの有無 ☐ 作成してない⇒資格確認書を交付します ※有効期限後は都度申請が必要です ☐ 作成中、またはマイナ保険証として利用登録 ⇓ していない場合は下記にチェック ☐ 資格確認書の交付を希望			
	下記に、18歳以上は(1)～(6)すべて、18歳未満は(3)、(5)のみご記入ください (1) 異動年月日以降の収入→「あり」は詳細を記入 「あり」の場合、必要書類一覧に記載書類の添付が必要 ①給与 ☐ あり⇒ 円/月 円/年間 ☐ なし ②給与以外の収入 ☐ あり⇒ 円/年間 ☐ なし ☐ 自営業 ☐ 株配当 ☐ 不動産 ☐ その他 () ③年金 ☐ あり⇒ 円/年間 ☐ なし ☐ 老齢年金 ☐ 企業年金 ☐ 遺族年金 ☐ 障害年金 ☐ その他 () ④手当金給付金 ☐ あり⇒ ☐ 出産手当金 ※出産予定日記入 月 日 ☐ 傷病手当金 ※退職後の請求分のみチェック ☐ 育児休業給付金 ☐ なし (2) 直近の職歴 ☐ 過去2年、職歴なし ☐ 過去2年以内に職歴あり ⇒①～④を記入 ① 退職(予定)日：令和 年 月 日 ② 退職理由：☐ 自己都合 ☐ 会社都合 ☐ 期間満了 ③ 勤務先名： () ④ 失業保険：☐ 申請予定 ☐ 申請中・受給中 ☐ 雇用保険未加入 ☐ 申請しない ☐ 受給延長 ☐ 受給終了 (3) 現在・直近で加入していた健康保険について ☐ 国民健康保険 ☐ 社会保険 ☐ 共済組合 ☐ アイシン健保 ☐ 任意継続保険 ☐ 無保険 任意継続保険資格喪失日 令和 年 月 日 (4) 今回扶養追加申請する方の配偶者について ※配偶者を申請する場合は記入不要 ☐ あり ☐ なし ⇒ ☐ 未婚 ☐ 離婚 ☐ 死別 ※死別の場合は死亡日を記入 (年 月 日) (5) 医療助成について→「あり」は詳細を下記に記入の上、コピーを提出 ☐ あり ⇒ ☐ 障がい者医療 ☐ 指定難病 ☐ なし ☐ ひとり親・母子医療 ☐ その他 () (6) 申請時に申請家族が別居の場合※同居の場合は記入不要 ①3か月以内に同居の予定は？ ☐ ある → 同居後に再度、世帯全員分の住民票を提出してください ☐ なし → 学生以外の方には、毎月の仕送りが必要です。 ※仕送りの金額等については、健保HPをご確認ください			

事業主証明欄	所在地
	名称
	事業主
	電話番号

健保記入欄	① 書類受付日： 月 日	④ 認定可否 ☐ 認定 ☐ 否認定
	② 被保険者月額： 円	⑤ 認定日 年 月 日
	③ 不足書類： ☐ あり ☐ なし	不足内容：
	連絡日： 月 日	⑥ 失給案内 ☐ 有 ☐ 無