

健康保険 被扶養者異動届(増員)

提出者記入欄	事業所番号	提出日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	統括	担当
	事業所所在地						
	事業所名称			健保受付印			
	事業主氏名 電話番号			事業所検印			
社会保険労務士記載欄							
氏名等							

被保険者申請日(記入必須): 令和 年 月 日

被保険者記号・番号	被保険者氏名(自署の場合は押印省略可)	住民票住所
—	申請内容は事実と相違ありません。 印	〒 都道府県

海外駐在などやむを得ない事情のため被保険者以外が記載した場合 代理記載者名: 印 被保険者との関係:

増員1	氏名	続柄	性別	生年月日	扶養異動の事実発生日
	フリガナ			1 男 2 女	5 昭和 7 平成 9 令和 年 月 日
個人番号届出		<input type="checkbox"/> 個人番号登録・変更届 <input type="checkbox"/> その他()		健保記入: /	
資格確認書交付要否		<input type="checkbox"/> 交付が必用 *レ点の場合は「資格確認書交付申請書」添付のこと		<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ / <input type="checkbox"/> 資格確認書 /	

増員2	氏名	続柄	性別	生年月日	扶養異動の事実発生日
	フリガナ			1 男 2 女	5 昭和 7 平成 9 令和 年 月 日
個人番号届出		<input type="checkbox"/> 個人番号登録・変更届 <input type="checkbox"/> その他()		健保記入: /	
資格確認書交付要否		<input type="checkbox"/> 交付が必用 *レ点の場合は「資格確認書交付申請書」添付のこと		<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ / <input type="checkbox"/> 資格確認書 /	

増員3	氏名	続柄	性別	生年月日	扶養異動の事実発生日
	フリガナ			1 男 2 女	5 昭和 7 平成 9 令和 年 月 日
個人番号届出		<input type="checkbox"/> 個人番号登録・変更届 <input type="checkbox"/> その他()		健保記入: /	
資格確認書交付要否		<input type="checkbox"/> 交付が必用 *レ点の場合は「資格確認書交付申請書」添付のこと		<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ / <input type="checkbox"/> 資格確認書 /	

増員4	氏名	続柄	性別	生年月日	扶養異動の事実発生日
	フリガナ			1 男 2 女	5 昭和 7 平成 9 令和 年 月 日
個人番号届出		<input type="checkbox"/> 個人番号登録・変更届 <input type="checkbox"/> その他()		健保記入: /	
資格確認書交付要否		<input type="checkbox"/> 交付が必用 *レ点の場合は「資格確認書交付申請書」添付のこと		<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ / <input type="checkbox"/> 資格確認書 /	

認定日の取り扱いについて

注) 健康保険法施行規則第38条に、事実発生日から「5日以内」に届出ることと規定されており、以降は「不備のない届出等すべての必要書類」を事業所より健保が受理した日が認定日となります。ただし当健保での運用では、やむを得ない理由と認めた場合、健保申請受理1ヶ月は、事実発生日と読み替えて取り扱います。

資格確認書交付について

注) 資格確認書交付には、別途「資格確認書交付申請書」の提出が必須となります。但し、届出理由が出生の場合は、職権発行しますので「資格確認書交付申請書」の添付は不要です。

※審査により認定した方の個人番号を加入者情報連携します。情報照会による完了確認が必須となりますので、「資格確認書」交付までに時間を要しますことをお知りおきください。