＜様式 1＞

健康保険被扶養者届

PD

常務理事	事務長	担当者

被保険者証 記号	被保険者証 番号	被保険者氏名	性別	生年月日	配偶者有無	被保険者職場名
1234	5678901	フリガナ ｹﾝﾎﾟ ﾀﾛｳ 健保 太郎	☑男 ☐女	☑昭和 47 年 8 月 31 日 ☐平成	☑有 ☐無	YKK㈱ ○○○部 内線または電話番号(12-3456)

被保険者住所

〒(○○○ － ○○○○) 被保険者の住民票住所を記入してください。

電話番号(○○○)○○○ － ○○○○

健康保険組合記入欄
標準報酬月額
千円

	フリガナ / 認定対象者(被扶養者)氏名	性別	生年月日	続柄 (子の場合は、長男・二男等と記入(子は不可))	住居区分	被扶養者住所 (被保険者と同じ住所の場合は、同上で可)	職業	申請理由	申請理由が生じた日	扶養認定日
新たに扶養申請される方のみ記入	ｹﾝﾎﾟ ﾌﾈｺ 健保 ふね子	☐男 ☑女	☑昭和 ☐平成 23 年 6 月 11 日	母	☑同居 ☐別居	同 上	無職	退職した為	平成 23年 3 月 1 日	
		☐男 ☐女	☐昭和 ☐平成 年 月 日		☐同居 ☐別居				平成 年 月 日	
		☐男 ☐女	☐昭和 ☐平成 年 月 日		☐同居 ☐別居				平成 年 月 日	

上記の申請内容に相違ありません。

平成 23 年 3 月 5 日

被保険者氏名 健保 太郎 健保 ㊞

YKK健康保険組合理事長 殿

事業所の名称、所在地、事業主の氏名および印

㊞

■記入上の注意
- すべて事実を記入してください。(万一、虚偽の申請により扶養認定を受けたことが判明した場合は、資格を遡って取消し、医療費等の給付金も遡及し返還していただきます。)
- 主として被保険者の収入によって生計維持されていない方、年間収入が限度額以上の方は、原則として被扶養者とはなりません。
- 届出は、扶養事情が発生してから遅くとも1カ月以内に提出してください。
- 太枠内は、黒ペンですべて記入していただき、□については、レで記入してください。記入漏れがあった場合は、受付できません。
- 記載事項を間違って記入された場合は、二重線で消し、訂正箇所に訂正印を押してください。(修正液での訂正は不可)
- 被保険者との続柄欄は、長男、長女、養子、義父、父の弟等と詳しく記入してください。
- 住所は、住民票に登録のある住所を記入してください。
- 職業は、実態がわかるように記入してください。(「無職」、「農業」、「パートタイマー」、「高校生」、「大学生」など)
- 義務教育終了(年度末で15歳年齢到達)している方を扶養申請する場合は、この届出のほかに扶養状況調書＜様式2＞も必要です。

健康保険組合 受付印

■提出書類、提出先について
- 裏面をご確認ください。

ご記入いただいた個人情報は、扶養の手続きにのみ利用させていただきます。