

本件で取得された個人情報については、貴健保組合の個人情報保護方針に基づき利用されることに同意の上、申請いたします。

### 健康保険被扶養者(異動)届

※2枚目以降、異動者の記入がない場合は提出不要

提出日	令和 年 月 日	枚中	枚目	健保組合	常務理事	事務長		係員
保険証の記号・番号	記号	番号	配偶者の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
被保険者氏名				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
住民票住所	〒 -							
会社名(事業所名)	名称	所属	(工場・支社)	(部署名)				

#### 【被扶養者の異動記入欄】

区分	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 減員	←「追加」または「減員」を選択 ※減員時は、減員者の保険証を必ず添付<返却>してください。						
氏名(略字不可)	性別	生年月日			年齢			
(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 1男 <input type="checkbox"/> 2女	<input type="checkbox"/> 5昭和 <input type="checkbox"/> 9令和	<input type="checkbox"/> 7平成	年	月	日		
続柄	国籍 <input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> 外国	住居区分 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	住民票住所(※別居の場合。被保険者(本人)と同じ場合は記入不要)	個人番号 *** **				
職業(学生の場合は、在学年)	収入の有無と金額 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医療扶助該当の有無と制度 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	異動となった日と理由 <input type="checkbox"/> 7平 <input type="checkbox"/> 9令 年 月 日					
事業主確認欄	『追加』の場合、上記の者は所得税法の規定による扶養控除親族であるか。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		健保記入欄	認定・削除 年月日 認定 平 年 月 日 削除 令 年 月 日				

区分	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 減員	←「追加」または「減員」を選択 ※減員時は、減員者の保険証を必ず添付<返却>してください。						
氏名(略字不可)	性別	生年月日			年齢			
(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 1男 <input type="checkbox"/> 2女	<input type="checkbox"/> 5昭和 <input type="checkbox"/> 9令和	<input type="checkbox"/> 7平成	年	月	日		
続柄	国籍 <input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> 外国	住居区分 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	住民票住所(※別居の場合。被保険者(本人)と同じ場合は記入不要)	個人番号 *** **				
職業(学生の場合は、在学年)	収入の有無と金額 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医療扶助該当の有無と制度 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	異動となった日と理由 <input type="checkbox"/> 7平 <input type="checkbox"/> 9令 年 月 日					
事業主確認欄	『追加』の場合、上記の者は所得税法の規定による扶養控除親族であるか。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		健保記入欄	認定・削除 年月日 認定 平 年 月 日 削除 令 年 月 日				

上記の届について事実に相違ないことを証明する

令和 年 月 日

事業所住所

事業所名称

事業主氏名 (印)

---

事務担当者 所属 氏名 (印)

<事業場での確認> [欄ジェイテクトのみ]

確認日 令和 年 月 日

所属

担当者 (印)

減員時

資格喪失証明書の発行を  
希望する 希望しない

枚中	枚目	※2枚目以降、異動者の記入がない場合は提出不要		
保険証の 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名	

【被扶養者の異動記入欄】

区分	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 減員	←「追加」または「減員」を選択 ※減員時は、減員者の保険証を必ず添付<返却>してください。			
氏名 (略字不可)		性別	生年月日		年齢
(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 1男 <input type="checkbox"/> 2女	<input type="checkbox"/> 5昭和 <input type="checkbox"/> 9令和	<input type="checkbox"/> 7平成	
続柄	国籍 <input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> 外国	住居区分 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	住民票住所 (※ 別居の場合。被保険者(本人)と同じ場合は記入不要)		個人番号 *** **
職業 (学生の場合は、在学年)	収入の有無と金額 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医療扶助該当の有無と制度 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	異動となった日と理由 <input type="checkbox"/> 7平 <input type="checkbox"/> 9令 年 月 日		
事業主確認欄	『追加』の場合、上記の者は所得税法の規定による扶養控除親族であるか。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	健保 記入 欄	認定・削除 年月日		
			認定 削除	平 令	年 月 日

区分	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 減員	←「追加」または「減員」を選択 ※減員時は、減員者の保険証を必ず添付<返却>してください。			
氏名 (略字不可)		性別	生年月日		年齢
(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 1男 <input type="checkbox"/> 2女	<input type="checkbox"/> 5昭和 <input type="checkbox"/> 9令和	<input type="checkbox"/> 7平成	
続柄	国籍 <input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> 外国	住居区分 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	住民票住所 (※ 別居の場合。被保険者(本人)と同じ場合は記入不要)		個人番号 *** **
職業 (学生の場合は、在学年)	収入の有無と金額 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医療扶助該当の有無と制度 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	異動となった日と理由 <input type="checkbox"/> 7平 <input type="checkbox"/> 9令 年 月 日		
事業主確認欄	『追加』の場合、上記の者は所得税法の規定による扶養控除親族であるか。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	健保 記入 欄	認定・削除 年月日		
			認定 削除	平 令	年 月 日

《注意事項》

- この届は、届出理由に該当するようになったときから5日以内に事業所の担当部署に提出してください。
- この届の申請に必要な書類は、「健康保険の被扶養者認定基準および申請書類」を参照のうえ添付してください。
- 出生以外の理由で追加申請のときは、健保組合へ書類一式が届いた日が認定日となります。
- 各種年金受給申請中のため年金額が未確定の場合、その他証明書類が未提出の場合は認定できません。  
年金額が確定してから、また証明書類が揃ってから申請してください。
- 失業給付や退職後の傷病手当金および出産手当金受給中の場合、日額3,612円以上の方は認定できません。  
受給が終了してから申請してください。
- 減員のときは、減員される方の保険証を添付(返却)してください。
- 続柄は省略せず具体的に記入してください。(例:長男、二女、義母等)
- 医療扶助とは、医療費の受診者負担が、特別の法令等で軽減される制度です。  
(例:こども医療、老人医療、身体障害者医療、母子家庭医療等)
- 虚偽の申告があった場合、扶養認定を取り消すことがあります。
- 住民票住所等確認のため、対象者全員分の最新の住民票(コピー可。発行後3ヶ月以内)を添付して下さい。(扶養追加時)

◇本紙提出ルート◇

- ・(株)ジェイテクト(本・支社、営業所、出向者) : 申請者⇒人事部従業員支援室(本社 旧本館 ジェイテクトサービス棟内)⇒健保
- ・(株)ジェイテクト(各工場) : 申請者⇒各工場総務担当者⇒人事部従業員支援室(本社 旧本館 ジェイテクトサービス棟内)⇒健保
- ・上記以外のグループ企業 : 申請者⇒事業所担当者⇒健保
- ・任意継続被保険者 : 申請者⇒健保