提出先 ： 各事業所（人事・総務担当）宛

健康保険 被扶養者（異動 増）届

（被扶養者としたい方が2名以下の場合用）

令和 6 年 12 月 5 日提出　　氏名の記入は、署名または記名押印によること

被保険者の事柄

保険証等の	記号	番号	フリガナ	ケンポ	タロウ	印	性別	配偶者の有無
	79	999	氏名	健保	太郎		男	有

生年月日	平成 4 年 5 月 20 日	事業所名	近畿日本ツーリスト
		所属箇所	人事部

住所（送付先が異なる場合は、右の送付先を記入）	〒 112 － 0033 東京都文京区春日1－1－1 春日マンション101号室	送付先 勤務先	〒 163 － 0239 東京都新宿区西新宿2－6－1
連絡先電話番号	携帯電話 090 （ 9876 ） 5432		

［子の続柄は（長男、二男・・）（長女、二女・・）と記入してください。］

被扶養者としたい方の事柄

フリガナ	ケンポ	ハナコ	（和暦） 生年月日	年齢	性別	続柄
氏名	健保	花子	平成 6 年 12 月 1 日	30 歳	女	妻

マイナンバー記入欄	住民票住所
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	〒 112 － 0033 東京都文京区春日1－1－1 春日マンション101号室

届出時の状況（□にレ点）	異動増の理由 発生日	同居／別居	年収見込
✓ 無職　専業主婦　パート・アルバイト　自営業 新生児　未就学児　学生（学年　） 年金受給者　その他（　）	令和 6 年 12 月 1 日	被保険者と同居	0 万円

異動増の理由（□にレ点）	出生　結婚　✓ 被保険者入社に伴う届出　雇用保険受給終了　収入減 退職後の雇用保険を　①受給する　②受給しない　③受給延長する その他（　）	資格確認書発行要否	□ 発行が必要

マイナ保険証の利用登録がされていない場合は☑してください

＜雇用保険を受給される方＞ 下記3項目をご確認の上、チェックと署名捺印をお願いします。	チェック欄	署名・捺印欄 左記、3項目について相違ありません。 雇用保険を受給しない場合は署名不要です 印
1. 給付制限期間中のみ扶養申請します。		
2. 雇用保険受給資格者証は、後日、給付制限期間が印字されたものを健保に送付します。		健保記載欄　令和　年　月　日認定
3. 雇用保険受給開始後、速やかに扶養を外す手続きをします。		

被扶養者としたい方の事柄

フリガナ	ケンポ	ケンイチ	（和暦） 生年月日	年齢	性別	続柄
氏名	健保	謙一	平成 27 年 10 月 15 日	9 歳	男	長男

マイナンバー記入欄	住民票住所
6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7	〒 112 － 0033 東京都文京区春日1－1－1 春日マンション101号室

届出時の状況（□にレ点）	異動増の理由 発生日	同居／別居	年収見込
無職　専業主婦　パート・アルバイト　自営業 新生児　未就学児　✓ 学生（学年 小学3年生 ） 年金受給者　その他（　）	令和 6 年 12 月 1 日	被保険者と同居	0 万円

異動増の理由（□にレ点）	出生　結婚　✓ 被保険者入社に伴う届出　雇用保険受給終了　収入減 退職後の雇用保険を　①受給する　②受給しない　③受給延長する その他（　）	資格確認書発行要否	□ 発行が必要
備考		健保記載欄	令和　年　月　日認定

下記事業所記入欄は、各社人事・総務関連箇所で記入します　　R06.12改

事業所	
	所在地
	名称
	氏名

近畿日本ツーリスト健康保険組合				
常務理事	事務長	係	係	受付印

提出先 ： 各事業所（人事・総務担当）宛