

| | |
|---------|-----|
| 健 保 組 合 | |
| 取 扱 | 再 査 |
| | |

健保被扶養者異動（認定）届（漢字用）

識別
39

記号・番号は、[マイナポータル]アプリでご確認ください

※必要書類は、「申請理由別添付書類一覧」を確認ください。

| 記号 | 健康保険番号 | 氏名コード | 被保険者氏名 | 配偶者の有無 | 無しの場合、その理由 有・無 ・未婚 ・離婚（年 月） ・死亡（年 月） ・その他 | 医療助成有無 | 有・無 |
|----------|--------|-------|--------|--------|--|--------|-----|
| 1 4 5 11 | | | | | | | |

(ひとり親家庭・重度身体障害者・子ども等市区町村の医療助成を受けている場合は「医療費助成受給者証」(写)の添付が必要) ←

※氏名は、楷書で正確・鮮明に記入してください。

(昭和:S、平成:H、令和:R) (男性:-1、女性:-2)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|----|--------------------------|----------------|--|--------|--|----------|--|-----|--|-----------------------|--|-----------|--|------------|-----------|---|----------|-----|----------|--|--|
| 被扶養者に申請する者の漢字氏名（姓と名の間は1桁あけて記入する） | | | | | | | | | | | | 生 年 月 日 年号 年 月 日 | | | | 性 別 | | 個人番号 (記入後、専用のマスキングシールを貼ってください) | | | | | |
| 被扶養者に申請する者のカナ氏名（姓名間1プランク、濁点・半濁点は1字として扱うこと） | | | | | | | | | | | | 資格確認書 発行要否(※) | | | | □発行が 必要 | | (※)＜本人申請対象者＞ ・マイナンバーカードを紛失した ・マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者等が要配慮者等と同行して資格確認を補助する必要がある者 本人申請対象者のみ口レ点チェックし、別途「資格確認書交付申請書」の添付が必要 職権交付対象者（マイナンバーカード未取得者・マイナンバーカードを取得するも健康保険証の利用登録を行っていない者） については、「資格確認書」を自動発行するため、口レ点チェック不要・「資格確認書交付申請書」の添付も不要 | | | | | |
| 郵便番号 | | | 住民票の住所(住民票記載通りに都道府県より記入) | | | | | | | | | 健 保 処 理 欄 | | 認 定 年 月 日 | | | 続柄 コード | | 続柄 枝番 | | 発行 区分 | | |
| | | | 都道 府県 | | | 市 郡 | | | | | | | | 75 76 77 | | | 83 | | 85 | | 86 | | |
| 続柄 | | 職業 | | 被保険者と 同居・別居 | | 同居・別居 | | 収入 有無 | | 有・無 | | 収入の 種類 | | 収入の 金額 | | 万円/月 | | 医療助 成有無 | | 有・無 | | | |

→ (在学中の者は学校名)

→ (アルバイト・年金等)

→ 有の場合は「医療費助成受給者証」(写)を添付

→ (義父母・長男・長女等の区分を明記)

(昭和:S、平成:H、令和:R)

(男性:-1、女性:-2)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|----|--------------------------|----------------|--|--------|--|----------|--|-----|--|-----------------------|--|-----------|--|------------|-----------|---|----------|-----|----------|--|--|
| 被扶養者に申請する者の漢字氏名（姓と名の間は1桁あけて記入する） | | | | | | | | | | | | 生 年 月 日 年号 年 月 日 | | | | 性 別 | | 個人番号 (記入後、専用のマスキングシールを貼ってください) | | | | | |
| 被扶養者に申請する者のカナ氏名（姓名間1プランク、濁点・半濁点は1字として扱うこと） | | | | | | | | | | | | 資格確認書 発行要否(※) | | | | □発行が 必要 | | (※)＜本人申請対象者＞ ・マイナンバーカードを紛失した ・マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者等が要配慮者等と同行して資格確認を補助する必要がある者 本人申請対象者のみ口レ点チェックし、別途「資格確認書交付申請書」の添付が必要 職権交付対象者（マイナンバーカード未取得者・マイナンバーカードを取得するも健康保険証の利用登録を行っていない者） については、「資格確認書」を自動発行するため、口レ点チェック不要・「資格確認書交付申請書」の添付も不要 | | | | | |
| 郵便番号 | | | 住民票の住所(住民票記載通りに都道府県より記入) | | | | | | | | | 健 保 処 理 欄 | | 認 定 年 月 日 | | | 続柄 コード | | 続柄 枝番 | | 発行 区分 | | |
| | | | 都道 府県 | | | 市 郡 | | | | | | | | 75 76 77 | | | 83 | | 85 | | 86 | | |
| 続柄 | | 職業 | | 被保険者と 同居・別居 | | 同居・別居 | | 収入 有無 | | 有・無 | | 収入の 種類 | | 収入の 金額 | | 万円/月 | | 医療助 成有無 | | 有・無 | | | |

→ (在学中の者は学校名)

→ (アルバイト・年金等)

→ 有の場合は「医療費助成受給者証」(写)を添付

→ (義父母・長男・長女等の区分を明記)

| | | | |
|--------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| 事業所記入欄 | 事業所名称 (日本生命の本店・本部所属は被保険者の所属名) | 事業主氏名 (日本生命の本店・本部所属は役職・所属長名) | 所属コード ※日本生命のみ記入要 |
| | | | |

申請日

◆ 被扶養者申請時チェックシート ◆

「被扶養者異動（認定）届」提出に際し当シート内容をチェックし、同時に提出してください

内容に不備がある場合、被扶養者認定ができません。当チェックシートで“特によくある不備”に該当しないか確認の上、申請してください。
添付書類は「申請理由別添付書類一覧」で確認して下さい。申請書類内容の精査後、必要に応じて追加資料をご連絡する場合があります。
なお、添付証明書に不備がある場合、再度公的な証明の取寄せが必要となる等、別途費用が発生するケースもございますので、お含みおきください。

【チェック項目】

| | | | |
|---------------|--------------------------|--|---|
| 健保被扶養者異動（認定）届 | 帳票 | <input type="checkbox"/> | 最新の帳票を使用しているか。（最新の帳票をその都度お取出しください） 《帳票登載場所》こんなとき→ライフシーン編→家族が加入・脱退するとき→手続き→家族を扶養に入れたいとき |
| | 氏名変更の場合 | <input type="checkbox"/> | 日本生命：余白に職員カードの「承認入力日 ○/○」と記載ください。 グループ会社：余白に「氏名変更届」提出日を記載してください。 |
| | 配偶者の有無 | <input type="checkbox"/> | 無しの場合、「理由」と「年月」の記載があるか。 |
| | 医療助成有無 | <input type="checkbox"/> | 1. 有の場合、医療助成受給者証の写しを添付しているか。 （これから医療費助成の申請をする場合は受給資格取得後、健保組合へご提出ください） |
| | | <input type="checkbox"/> | 2. 被保険者(職員)分についても医療費助成を受けている場合は提出が必要ですので添付してください。 |
| | | <input type="checkbox"/> | 3. 受給手続中または受給予定の場合は、〔受給有無欄〕の「有」に○印を記入のうえ、欄外に"手続き中"もしくは"手続き予定"と記入しているか。 |
| | 続柄 | <input type="checkbox"/> | 「長女」「長男」等で記載しているか。（「子」は×） |
| 住民票の住所 | <input type="checkbox"/> | 1. 都道府県名の記載があるか（「住民票」で省略されている場合も記載必須） | |
| | <input type="checkbox"/> | 2. 市町村以下、記載の住所が住民票の住所と完全一致しているか。 《例》 住民票 4丁目5番2号 ニッセイマンション201 →【正】 4丁目5番2号 ニッセイマンション201（住民票どおり） 【誤】 4-5-2-201、4丁目5-2-201 等 | |
| 収入有無・種類・金額 | <input type="checkbox"/> | 下記の収入がある場合、収入の金額に含めているか。 給与収入（交通費などの非課税分・賞与を含む）・年金収入（公的年金・各種年金基金・障害年金・遺族年金など）・事業収入（農業、商店、講師など）・不動産収入（土地・家屋・駐車場などの賃貸収入）・投資収入（株式配当金など）・利子収入（預貯金・有価証券などの利子）・雇用保険法の給付金（失業給付金等）・健康保険法の給付金（傷病手当金・出産手当金）・被保険者以外からの仕送り（生計費・養育費など）・恩給・その他常態として継続性のある収入 | |
| 事業所名称 | <input type="checkbox"/> | 事業所名称、事業主氏名が記載されているか。 ※本店本部の場合、被保険者の所属名、所属長の役職（課長以上）、所属長名を記載 | |
| 申請理由別添付書類一覧 | 申請理由・申請対象者 | <input type="checkbox"/> | 該当する箇所にチェックがついているか。 |
| | 申請理由「ア」の場合 | <input type="checkbox"/> | 新規資格取得の「月日」が記載されているか。 |
| 添付書類 | 住民票 | <input type="checkbox"/> | 1. 原本であるか。 |
| | | <input type="checkbox"/> | 2. 「世帯全員分」と記載があるか。 |
| | | <input type="checkbox"/> | 3. 続柄が記載されているか。 |
| | 雇用保険受給資格者証／離職票 | <input type="checkbox"/> | 雇用保険受給資格者証：両面（写）または離職票：1.2の両方（写）必要 |
| | 事情書 | <input type="checkbox"/> | 被保険者の署名（自筆）または押印が必要 |

◆ 日本生命健保オフィシャルHP掲載箇所 ◆

提出期限：こんなとき → ライフシーン編 → 家族が加入・脱退するとき → 手続き → 家族を扶養に入れたいとき → 一般被保険者の「提出期限」

収入基準：こんなとき → ライフシーン編 → 家族が加入・脱退するとき → 解説 → 収入基準