

## 健康保険被扶養者届（異動届）の記入要領

被扶養者に異動があった場合は、NEC健保のホームページを参照のうえ手続きしてください。

## 1. 記入上の注意

- (1) ※1は健保記入欄、※2は事業主記入欄ですので記入しないでください。
- (2) 年収欄には、勤労所得(パートタイマー等収入を含む)、事業所得、不動産所得、年金、恩給、失業給付等の内容を記入してください。
- (3) 備考欄には、公費負担 ([http://www.neckenpo.or.jp/insurance/benefit/medical\\_expenses/03.html](http://www.neckenpo.or.jp/insurance/benefit/medical_expenses/03.html)参照) を受けている場合に、その内容を記入してください(出生、結婚等による申請の事由も備考欄に記入してください)。

## 2. 届出上の注意

- (1) 扶養削除申請する場合は、必ず該当者の被保険者証を添付してください。
- (2) 申請の事由が「出生」「移籍」以外の場合は、この届のほかに「被扶養者認定伺」および「確証」も提出してください。  
「確証」は「被扶養者認定伺」の添付書類一覧表をご覧ください。
- (3) 16歳以上の者を被扶養者として届出する場合は、生計維持関係を明記した証明書(「所得証明書」「在学証明書」等)ならびに同一世帯に属する事を証明する世帯全員分住民票を提出していただくことがあります。
- (4) 虚偽の申請をされた場合、被扶養者の抹消、給付の停止、場合によっては医療費の返還をしていただきます。
- (5) 「届は2部提出」必要事項をすべて記入後、1部複写し被保険者氏名欄に2部とも押印して提出してください。

適 03

「届は2部提出」必要事項をすべて記入後、1部複写し被保険者氏名欄に2部とも押印し提出してください。扶養削除の場合、該当者の被保険者証を添付してください。

被保険者のメールNo. -

下記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

### 健康保険被扶養者届(異動届)

所在地  
事業主 名称  
氏 名

印

日本電気健康保険組合

印

平成 年 月 日提出

|   |          |     |     |                  |                      |                           |                |                |                        |             |                                       |                   |
|---|----------|-----|-----|------------------|----------------------|---------------------------|----------------|----------------|------------------------|-------------|---------------------------------------|-------------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>証                     | 記号       | 番 号 |     |                  | 資格取得年月日              | 事業所(所属)                   | 被 保 険 者 現 住 所  |                |                        | フリガナ        |                                       |                   |
|   |          |     |     |                  | 昭和<br>平成 年 月 日       |                           | 〒 -            |                |                        | 氏 名         | 印                                     |                   |
|   |          |     |     |                  | TELNETまたはTEL - -     |                           |                |                |                        | 生年月日        | 大・昭 年 月 日                             |                   |
| 記<br>載<br>例                               | フリガナ     | コード | コード | 生年月日             | ※1<br>認定または<br>削除年月日 | 現 住 所                     | 職業または<br>勤 務 先 | 年収見込<br>(具体的に) | ※2<br>所 得 税<br>扶 養 控 除 | 公費負担<br>受 給 | 廃業または退職会社名<br>同上電話番号<br>廃業退職年月日       | 備 考               |
|   | 氏 名      | 性別  | 続柄  |                  |                      |                           |                | 万円             |                        |             |                                       |                   |
|   | ニチデン タロウ |     |     | 明・大<br>昭・平 7・1・8 | ・ ・                  | 〒169-0073<br>東京都新宿区百人町1-1 | ナ シ            | 56 (年金)        | 有・無                    | 有・無         | 山川電気退職<br>(03) 3112-1234<br>平成9年3月30日 | 医療費の公費負担<br>老人福祉法 |
| 被<br>扶<br>養<br>者<br>に<br>な<br>る<br>者      |          |     |     | 明・大<br>昭・平       | ※1<br>・ ・            |                           |                |                | ※2<br>有・無              | 有・無         |                                       |                   |
|   |          |     |     | 明・大<br>昭・平       | ※1<br>・ ・            |                           |                |                | ※2<br>有・無              | 有・無         |                                       |                   |
|   |          |     |     | 明・大<br>昭・平       | ※1<br>・ ・            |                           |                |                | ※2<br>有・無              | 有・無         |                                       |                   |
|   |          |     |     | 明・大<br>昭・平       | ※1<br>・ ・            |                           |                |                | ※2<br>有・無              | 有・無         |                                       |                   |
| 被<br>扶<br>養<br>者<br>か<br>ら<br>除<br>く<br>者 |          |     |     | 明・大<br>昭・平       | ※1<br>・ ・            |                           |                |                | 被扶養者から除く理由および年月日       |             |                                       |                   |
|   |          |     |     | 明・大<br>昭・平       | ※1<br>・ ・            |                           |                |                | 被扶養者から除く理由および年月日       |             |                                       |                   |

提出 被保険者 事業主 健康保険組合(任継者は被保険者 健康保険組合)

注 事業主 = 勤務先の健保担当部門(人事・勤労・総務等)

1は健康保険組合の記入欄

2は事業主の記入欄

HP0507T01 (2005年7月27日日本書式改訂)

|                  |     |   |        |     |     |       |
|------------------|-----|---|--------|-----|-----|-------|
| 組<br>合<br>処<br>理 | 入 力 | 証 | マネージャー | 主 任 | 担 当 | 受付年月日 |
|                  |     |   |        |     |     |       |