

# 健康保険被扶養者異動届 <子（新生児）を申請する場合>

常務理事	事務長	担当者

<被保険者及び生まれた子について>ご記入ください。

※ [ ] 内は選択肢から該当するものに○をつけてください。  
※続柄は長男・二男・長女・二女等の区別までご記入ください。

被保険者	記号番号	記号	番号	事業所名						
	氏名	⑩		所属						
	住所	(〒 - )								
生まれた子	ふりがな				続柄	出生年月日	平成	年	月	日
	氏名									
	個人番号									

<配偶者について>ご記入ください。

配偶者	被扶養者で [ ある ・ ない ]	「被扶養者ではない」を選択された場合はご記入ください。 配偶者の加入健康保険名： ( ) <small>※国保は市町村名等、協会けんぽは支部名まで記入</small>								
	出生時に配偶者がいない場合はその理由及び養育費等の支援の有無についてご記入ください。 ( )									

<生まれた子と同居している人について>ご記入ください。

生まれた子と同居している両親は次のいずれですか？（該当に○をつけてください。）										
[ ①被保険者・配偶者と同居 ・ ②被保険者と同居（配偶者は別居） ・ ③配偶者と同居（被保険者は別居） ] である										
②、③の場合は該当箇所に記入してください。										
②被保険者と同居 （配偶者は別居）	②の理由									
	配偶者からの援助 [ 有 ・ 無 ]					月額		円		
③配偶者と同居 （被保険者は別居）	③の理由									
	配偶者と子の住所 (〒 - )					月額		円		

下記の誓約書をよくお読みになり、同意いただいた場合は署名捺印後、被扶養者申請を行ってください。

<b>誓約書</b>										
大阪読売健康保険組合 理事長殿										
以上の申告内容に相違はありません。申告内容に虚偽があった場合及び申告内容を証明する書類を提出できなかった場合は、被扶養者の資格を取り消されても異議の申し立てをいたしません。また、申告内容に変更があった場合は、速やかに貴組合に届け出、所定の手続きを行います。虚偽の申告や届け出事項の不申告により被扶養者資格の認定を受けた場合は、当該期間中に貴組合が負担した被扶養者にかかる費用を弁済いたします。										
平成 年 月 日 被保険者署名 ⑩										

育児休業給付金の受給を 予定している場合	育児休業給付金支給決定通知書 被保険者通知用の写しを事業主から健康保険組合に 提出することに同意します。	右記枠内にチェック✓を入れてください。→	
-------------------------	---	----------------------	--

H30.5月改定

事業主住所氏名及び印	
事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	⑩
電話	( )

社会保険労務士の提出代行者印	
⑩	

受付日付印