【申請ルート】
／被保険者(本人)→お勤め先の会社・事業所の社会保険担当部署 → 健康保険組合
（任意継続加入者のみ、事業所ではなく直接健康保険組合宛へ送付ください。）

被扶養者異動[減]申請書添付書類一覧を必ずご確認ください。
※状況に応じ記載以外の書類の提出をお願いすることがあります。ご了承ください。

ブリヂストン健康保険組合　理事長　殿

健康保険被扶養者異動[減]申請書

提出日:　　年　　月　　日

被保険者（本人）	事業所名		所属部署	
	記号	番号 ※枝番は不要	被保険者氏名 ※電子印可	
				印

今回申請する被扶養者（ご家族）	続柄		扶養から外れる対象者氏名	
	異動が生じた日(除外日) ※各添付書類と同じ年月日を記入		令和　　年　　月　　日	
	扶養から外れる理由 *新たに資格を取得した日がわかるものとは ・資格情報のお知らせ ・資格確認書 ・マイナポータル画面 など また、R6.12.1以前に資格を取得し健康保険証が手元にある方は保険証のコピー	異動が生じた事由 ※全員いずれかにチェック	必要添付書類の有無確認・注意事項 ※該当箇所にチェック	
		□就職 □社会保険加入	□新たに資格を取得した日がわかるもの＊ 資格取得日または資格認定日を上記「異動が生じた日(除外日)」欄へ記入	
		□雇用保険受給開始	□雇用保険受給資格者証の1面とその裏面のコピー 雇用保険の「受給開始年月日」を上記「異動が生じた日(除外日)」欄へ記入	
		□契約変更	就業時間や時給の変更 給与締め日(例:2/16-3/15締め、3月25日払い)	いずれか一方 □月額が超過し始めた月とその前の月の給与明細のコピー
				給与締め日:[　　]
				□雇用契約書のコピー 「雇用契約日」を上記「異動が生じた日(除外日)」欄へ記入
		□収入限度額超過 【60歳未満の方】 (収入額 :**108,334円/月以上**) ※扶養認定日が含まれる年の12月31日時点の年齢で、19歳以上22歳の方は収入額:125,000円/月以上で超過となります 【60歳以上または障害年金を受給されている方】 (収入額 :**150,000円/月以上**) 給与締め日や勤務開始日は、給与明細書にご記入いただいても構いません	就業開始時から超過	□雇用契約書のコピー 「雇用契約日」を上記「異動が生じた日(除外日)」欄へ記入
			月額限度額が超過 給与締め日(例:2/16-3/15締め、3月25日払い)	□月額が超過し始めた月とその前の月の給与明細のコピー 「月の収入が増え始めた月」と前の月が限度内だったことを確認します
				給与締め日:[　　]
			月額限度額が超過 (複数勤務) 給与締め日(例:2/16-3/15締め、3月25日払い) 勤務開始日(例:○○社R5.5.23から、□□社R7.1.7より)	□月額が超過し始めた月とその前の月の給与明細のコピー 「月の収入が増え始めた月」と前の月が限度内だったことを確認します
				給与締め日:[　　]
				勤務開始日:[　　]
			給与収入者でない	被扶養者異動[減]申請書添付書類一覧をご確認ください。
		□結婚 □離婚	□**婚姻又は離婚の日を公的に証明する書類のコピー** 例:**婚姻受理証明書のコピー、離婚受理証明書のコピー、戸籍謄本のコピー**	
		□扶養者の交代 理由:	離婚に伴う扶養交代で被扶養者が18歳未満	□**子の親権者、親権異動日を公的に証明する書類のコピー** 例:**離婚受理証明のコピー**または**戸籍謄本のコピー**
			離婚に伴う扶養交代で被扶養者が18歳以上	□扶養しなくなった日がわかるもの 例:被保険者と一緒に住んでいないことがわかる書類や 新たに資格を取得したことがわかるもの *など
			収入逆転に伴う扶養交代	□新たに資格を取得した日がわかるもの＊
			その他	ご質問は事業所の社会保険担当経由で健保へお問合せ下さい。
		□その他	(理由:　　) ご質問は事業所の社会保険担当経由で健保へお問合せ下さい。	
	ブリヂストン健保発行の有効期限内の資格確認書	□発行されていない ※マイナ保険証利用者には資格確認書は発行しておりません。		
		□"有効期限内"の資格確認書の原本を返却 ※有効期限切れの場合は返却不要	**※紛失の場合、再交付手数料は絶対に振り込まないでください**	
		□"有効期限内"の資格確認書紛失のため「資格確認書滅失届兼再交付申請書」を提出		
	上記「異動が生じた日」以降の医療機関受診歴有無	□使用していない		
		□使用した　受診日: 機関名:		
	資格喪失証明書の要否	□不要 *他の健保組合等で新たに資格を取得された方は基本的には不要です		
		□必要 提出先:□市区町村　□他(　　)		

事業所確認欄	回収日	係		長	健保使用欄	扶養除外日	番号	I/P	係		事務長	常務理事
	/					/　/						