

【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。)

プリヂストン健康保険組合 理事長 殿

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。

健康保険被扶養者異動[減]申請書

提出日： 年 月 日

被 本保 人 險 者	事業所名							所属部署				
	記号		番号 ※枝番は不要					被保険者氏名 ※捺印必須。電子印の場合は氏名を直筆でご記入ください。				
											印	
扶 養 か ら 外 れ る 理 由	統柄						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					
	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									
	<input type="checkbox"/> 就職		<input type="checkbox"/> 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									
	<input type="checkbox"/> 社会保険加入											
	<input type="checkbox"/> 雇用保険受給開始		<input type="checkbox"/> 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									
	<input type="checkbox"/> 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)			いづれか一方 <input type="checkbox"/> 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:[<input type="checkbox"/> 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]						
	<input type="checkbox"/> 収入限度額超過 【60歳未満の方】 【ひと月当たりの収入額が108,334円以上】		就業開始時から超過			<input type="checkbox"/> 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						
	【60歳以上または障害年金を受給されている方】 【ひと月当たりの収入額が150,000円以上】		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)			<input type="checkbox"/> 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:[
	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		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.より)			<input type="checkbox"/> 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:[
	<input type="checkbox"/> 結婚		<input type="checkbox"/> 婚姻及び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									
	<input type="checkbox"/> 離婚											
	<input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> 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。						
	<input type="checkbox"/> 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。)									
プリヂストン健保発行の 有効期限内の資格確認書		<input type="checkbox"/> 添付 ※有効期限切れの場合は添付不要									※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	
		<input type="checkbox"/> 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」を添付										
上記「異動が生じた日」以 降の 医療機関受診歴有無		<input type="checkbox"/> 使用していない										
		<input type="checkbox"/> 使用した 受診日: 機関名:										
資格喪失証明書の要否		<input type="checkbox"/> 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										
		<input type="checkbox"/> 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
	/					/	/						