

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: 2024年 2月 3日

被 保 険 者 ( 本 人 )	事業所名	ブリヂストン〇〇								所属部署	〇〇部〇〇課				
	記号	X	X	X	X	番号 ※枝番は不要	X	X	X	X	X	被保険者氏名	健康 太郎		
今 回 申 請 す る 被 扶 養 者 ( 一 家 族 )	続柄	妻 <small>子の場合は長男/三女/養子など</small>			扶養から外れる対象者氏名						健康 恵				
	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 7年 1月 1日				必要添付書類の有無確認・注意事項					
	扶養から外れる理由					異動が生じた事由					該当箇所にチェック				
	必要書類添付の確認  *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 を取得し保険証が手元 にある方は保険証のコピー					<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)		いずれか一方 <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 checked="" type="checkbox"/> 収入限度額超過		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歳未満の方】 (ひと月当たりの収入額が <b>108,334円以上</b> ) 【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 <b>150,000円以上</b> )		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		2社勤務を始めたことにより、月の限度額を超えることが分かったため			
	<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"/> 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													
<input type="checkbox"/> 扶養者の交代		離婚に伴う扶養交代で被扶養者が18歳未満		<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日がわかるもの*など											
<input type="checkbox"/> 扶養者の交代		離婚に伴う扶養交代で被扶養者が18歳以上		<input type="checkbox"/> 新たに資格を取得した日がわかるもの*											
<input type="checkbox"/> その他		収入逆転に伴う扶養交代													
<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。													
ブリヂストン健康保険組合 発行の保険証または有効期限内の資格確認書					<input checked="" type="checkbox"/> 添付した ※保険証をお持ちで除外日が2025年(R7年)12月1日以前の場合 または有効期限内の資格確認書をお持ちの場合は返却必須					<input type="checkbox"/> 保険証紛失のため「健康保険被保険者証滅失届兼再交付申請書」を併せて添付した					
										<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」を併せて添付した					
上記の「異動が生じた日」以降の医療機関受診歴					<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 不要 *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: <input type="checkbox"/> 市区町村 <input type="checkbox"/> 他( )					
事業所 確認欄	回収日	係			長	健保 使用欄	認定日	番号	I/P	係	事務長	常務理事			
	/						/ /								