

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 本 保 険 者)	事業所名							所属部署							
	記号			番号 ※枝番は不要						被保険者氏名					
	印														
今回申請する被扶養者(一)家族)	続柄	扶養から外れる対象者氏名													
	子の場合は長男/三女/養子など														
	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		異動が生じた事由			必要添付書類の有無確認・注意事項									
			全員いずれかにチェック			該当箇所にチェック									
	必要書類添付の確認  ※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。  *新たに資格を取得したことがわかるものは ・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ことがわかるもの * 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		いずれか一方 <input type="checkbox"/> 超過し始めた月とその前の月の給与明細のコピー <input type="checkbox"/> 雇用契約書のコピー								
			<input 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								
<input type="checkbox"/> 結婚			給与収入者でない		事業所社会保険担当へお問合せ下さい。										
<input type="checkbox"/> 離婚			<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"/> 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									
<input type="checkbox"/> その他				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ことがわかるもの *									
				その他		事業所社会保険担当へお問合せ下さい。									
				(理由: )											
				事業所社会保険担当へお問合せ下さい。											
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 type="checkbox"/> 添付した ※保険証(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 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 *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					
	/				/ /										