

【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。)

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			
								印			
今 回 申 請 す る 被 扶 養 者 （ ご 家 族 ）	続柄	子の場合は長男・二男等		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		異動が生じた事由		必要添付書類の有無確認・注意事項						
			全員いづれかにチェック		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。		<input type="checkbox"/> 就職		<input type="checkbox"/> 新しい保険証のコピー 保険証の「資格取得日年月日」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				いづれか一方 <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		
					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"/> 結婚 <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							
		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しい保険証のコピーなど							
		収入逆転に伴う扶養交代		<input type="checkbox"/> 新しい保険証のコピー							
<input checked="" type="checkbox"/> その他		(理由: _____)									
ブリヂストン健康保険組合 保険証の添付(原本)		<input type="checkbox"/> 添付した ※保険証の返却必須 <input type="checkbox"/> 紛失のため「被保険者証再交付申請書(滅失届)」を併せて添付した									
上記の「異動が生じた日」 以降の保険証使用		<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 <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	証回収	係		長	備考その他				健保受付印		
	/				令和6年度扶養調査別居送金確認						
健保 使用欄	認定日		番号	I/P	係		事務長	常務理事			
	/ /			/							