東武鉄道健康保険組合

| 常務理事 | 事務長 | 課長補佐 | 主 任 | 担当者 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

申請部

| 管理課長 | 課長補佐 | 主 任 | 担当者 |
|---|---|---|---|
| | | | |

# 健康保険被扶養者(異動)届

この届出書は、5日以内に所属管理課を経由して組合へ提出してください。
結婚や出産等により被扶養者を追加する場合や、就職等により被扶養者でなくなる場合にご使用ください。また、被扶養者の資格延長をする場合にご使用ください。

**被保険者情報**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 記号・番号 | 記号 / 番号 | | 生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日 |
| 氏 名 | フリガナ | 性別 1 男 2 女 | 所属 |
| 住 所 | 〒 － 都道府県 | | |

**被扶養者情報**

| | | |
|---|---|---|
| 手続き内容をご記入ください | 1 扶養の追加 2 扶養の解除 3 扶養の資格延長 | |
| 被扶養者 フリガナ 氏名 | 生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和 年 月 日 | 性別 1 男 2 女 |

**扶養の追加**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 続柄 1 妻 2 長男 3 二男 4 三男 5 長女 6 二女 7 三女 8 養子・養女 9 父・母 10 その他 ( ) | 職業 1 無職 2 パート・アルバイト 3 年金受給者 4 中学生以下 5高・大学生 6 その他 ( ) | 収入(年間) 1 収入なし 2 130万円未満 3 130～180未満 4 180万円以上 | 被保険者との世帯別 1 同居 2 別居 | 仕送り額(2の場合記入) 万円 |
| 被扶養者になった日 令和 年 月 日 | 被扶養者になった理由 1 出生 2 結婚 3 離職 4 所得限度内 5 その他 ( ) | マイナンバー(所得税の扶養者控除を受けている場合は未記入) － － | | |
| 住所(被保険者と同居の場合は記入不要です) 〒 － 都道府県 | | | | |
| 備考 | | | | |

**扶養の解除**

| | | |
|---|---|---|
| 被扶養者でなくなった日 令和 年 月 日 | 被扶養者でなくなった理由 1 就職 2 収入増加 3 死亡 3 離婚 4 結婚 5 扶養変更 6 後期高齢者該当 7 その他 ( ) | 備考 |

**扶養の延長**

| | | |
|---|---|---|
| 被扶養者を資格延長する日 令和 年 月 日 | 学校名および学年 | |
| | 学 校 所 在 地 | |

令和　　年　　月　　日　提出　　被保険者氏名　　㊞

上記記載内容が事実であることを証明します。　　所属長氏名　　㊞

健保受付印

**東武鉄道健康保険組合　理事長　殿**