

記入後、届書をFAXにて送信し、後日、原紙をご提出ください。FAXの受信日を健保の受付日とします。(FAX 076-444-8037)

または、健保組合までお問い合わせください。(TEL 076-444-8007)

入社前から扶養している場合の記入例

正

健康保険 被扶養者(異動)届

事業所の所在地

名称

部所名(事業所)

担当

TEL(内線)

Table with columns: 常務理事, 事務長, 合議, 係, 台帳, 備考

令和 6年 12月 1日

提出

Main form header section containing insured person details: 被保険者 (記号 55, 番号 111), 被保険者氏名 (健保 一郎), 生年月日 (昭和 51年 5月 5日), 性別 (男), 資格取得年月日 (昭和 6年 12月 1日), 被保険者住所 (富山市 〇〇1-2-3 ΔΔマンション 101号)

Spouse information section: 被保険者の配偶者について (配偶者なし), 配偶者の氏名, 配偶者の収入(月額)

Table with 17 columns (①-⑰) detailing dependents: ②フリガナ (ケンポ ハナコ), ③性別 (男), ④配偶者 (有), ⑤生年月日 (52.3.3), ⑥続柄 (妻), ⑦同居/別居 (同居), ⑧被扶養者の住所 (富山県〇〇市...101号), ⑨職業 (なし), ⑩学年 (なし), ⑪今後の収入見込額 (なし), ⑫仕送額 (R6.12.1), ⑬扶養開始または (入社前からの扶養), ⑭雇用保険 (資格無), ⑮資格確認書 (発行が必要)

扶養事情証明書

Section ⑳扶養の状態及び理由等 (妻: 以前から専業主婦, 長男: 長期間、病気療養中のため無職, 長女: 大学生), 提出書類, 健保組合受付印

()の健保離脱証明書の発行をお願いします。送付先は 会社・自宅(理由:) (副)の[⑱資格確認書の発行について]および[届出にあたっての留意点]をよくお読みください

[※]印は健保組合で記入

記入後、届書をFAXにて送信し、後日、原紙をご提出ください。FAXの受信日を健保の受付日とします。(FAX 076-444-8037)

お問い合わせください。(TEL 076-444-8007)

正

新たに被扶養者を追加する場合の記入例

①子の申請(1)

<配偶者がTISインテックグループ健保の被保険者の場合>

健康保険 被扶養者(異動)届

Table with columns: 常務理事, 事務長, 合議, 係, 台帳, 備考

名称

部所名 (事業所)

担当

TEL(内線)

令和 6 年 ** 月 ** 日

提出

Table with columns: 被保険者記号, 被保険者氏名, 生年月日, 性別, 報酬月額

記入必要

昭和 平成 令和 18 年 4 月 1 日

被保険者住所(居所) 〒 999-9999 金沢市〇〇4-5-6 △△マンション

配偶者の氏名・記号番号のみ記入 (収入は不要)

Table with columns: 被保険者の配偶者について, 配偶者の氏名, 配偶者の収入(月額)

Main table with columns: 区分, 被扶養者氏名, 性別, 生年月日, 続柄, 同居/別居, 職業, 今後の収入見込額, 仕送額, 扶養開始または終了年月日, 認定日, 雇用保険失業給付受給, 資格確認書

扶養事情証明書

Table with columns: 扶養の状態及び理由等, 健保組合受付印

(副)の[⑱資格確認書の発行について]および[届出にあたっての留意点]をよくお読みください

[※]印は健保組合で記入

記入後、届書をFAXにて送信し、後日、原紙をご提出ください。FAXの受信日を健保の受付日とします。(FAX 076-444-8037)

お問い合わせください。(TEL 076-444-8007)

正

健康保険 被扶養者(異動)届

新たに被扶養者を追加する場合の記入例
①子の申請(2)
<配偶者がTISインテックグループ健保の被保険者でない場

常務理事	事務長	合議	係	台帳
				備考

名称

部所名
(事業所)

担
当

TEL(内線)

令和 6 年 ** 月 ** 日

提出

被保険者 記号 番号	55 222	被保険者氏名	健保 二郎	生年月日	昭和 平成 58 年 10 月 9 日	性別	男 女	報酬月額	※
				個人番号	* * * * *				

記入必要	日	昭和 平成 18 年 4 月 1 日	被保険者住所(居所)	〒 999-9999 金沢市〇〇4-5-6 △△マン	配偶者の収入(月額)のみ記入	千円
			◇住民票住所	■ 同上 □ 〒 郵便番号、都道府県名、市区町村名、町		

被保険者の配偶者について (子の申請を行う場合に1~4から 選択してください)	<input type="checkbox"/> 1. 配偶者なし	<input type="checkbox"/> 3. 配偶者はTISインテックグループ健保の被保険者である →	配偶者の氏名	記号-番号
	<input type="checkbox"/> 2. 配偶者はあなたの被扶養者である(または申請中である)	<input checked="" type="checkbox"/> 4. 上記(1~3)以外	⇒	配偶者の収入(月額) 300,000 円

区分	②フリガナ 被扶養者氏名		③性別 ④配偶者	⑤生年月日 ⑥続柄	⑦同居・別居の別 ⑧被扶養者の住所(居所) (別居の場合は住所を記入) ◇被扶養者住民票住所(都道府県以下全て)	⑨職業 ⑩学年	⑪今後の収入見込額(月額) 年:年金 不:不動産 パ:パート 他:その他	⑫仕送額(月額) ⑬年金の略称	⑭扶養開始または終了年月日 ⑮届出の理由	認定日 ⑯特記事項(該当にチェック)	⑰雇用保険失業給付受給 ⑱資格確認書(発行条件要確認)
	①	⑯個人番号									
新増減	ケンポ アイ 健保 あい	男・有 女・無	昭 平 令	6.12.22 長女	同居/別居 別居(学生) 別居(单身) 〒999-9999:石川県〇〇市...	なし	年 不 パ 他		R6.12.22 出生		資格無 予定有・無 延長予定 延長中 □ 発行が必要
新増減		男・有 女・無	昭 平 令		同居/別居 別居(学生) 別居(单身) 〒		年 不 パ 他				資格無 予定有・無 延長予定 延長中 □ 発行が必要
新増減		男・有 女・無	昭 平 令		同居/別居 別居(学生) 別居(单身) 〒		年 不 パ 他				資格無 予定有・無 延長予定 延長中 □ 発行が必要

扶 養 事 情 証 明 書

⑳扶養の状態及び理由等 (詳しく記入してください)	長女: 出生のため 提出書類: 配偶者の所得が証明できる書類(月収でも可) ※夫婦共働きの方は、配偶者の分の証明をご提出ください。 ()の健保離脱証明書の発行をお願いします。送付先は 会社・自宅(理由:)	健保組合受付印
------------------------------	--	---------

(＜副＞)の[⑱資格確認書の発行について]および[届出にあたっての留意点]をよくお読みください

[※]印は健保組合で記入

記入後、届書をFAXにて送信し、後日、原紙をご提出ください。FAXの受信日を健保の受付日とします。(FAX 076-444-8037)

お問い合わせください。(TEL 076-444-8007)

正

新たに被扶養者を追加する場合の記入例

①子の申請(3) <配偶者がいない場合>

健康保険 被扶養者(異動)届

Table with columns: 常務理事, 事務長, 合議, 係, 台帳, 備考

名称

部所名 (事業所)

担当

TEL(内線)

令和 6 年 ** 月 ** 日

提出

Main form fields: 被保険者記号(55), 被保険者氏名(健保 二郎), 生年月日(昭和 58 年 10 月 9 日), 性別(男), 住所(金沢市004-5-6), 記入必要 (昭和 平成 令和)

配偶者に関する質問: 1. 配偶者なし, 2. 配偶者はあなたの被扶養者である, 3. 配偶者はTISインテックグループ健保の被保険者である, 4. 上記(1~3)以外

Table with 17 columns: 区分, 被扶養者氏名, 性別, 生年月日, 同居/別居, 職業, 今後の収入見込額, 仕送額, 扶養開始または終了年月日, 認定日, 雇用保険失業給付受給, 資格確認書

扶養事情証明書

扶養事情証明書の記入欄: ⑳扶養の状態及び理由等 (長女: 出生のため 提出書類: 戸籍謄本), 健保組合受付印

()の健保離脱証明書の発行をお願いします。送付先は 会社・自宅(理由:) (副)の[⑳資格確認書の発行について]および[届出にあたっての留意点]をよくお読みください

[※]印は健保組合で記入

記入後、届書をFAXにて送信し、後日、原紙をご提出ください。FAXの受信日を健保の受付日とします。(FAX 076-444-8037)

お問い合わせください。(TEL 076-444-8007)

正

新たに被扶養者を追加する場合の記入例
②子以外の申請

健康保険
被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	合議	係	台帳
				備考

名称

部所名 (事業所)	担 当
TEL(内線)	

令和 6 年 ** 月 ** 日

提出

被保険者 記号 55	被保険者氏名 健保 三郎	生年月日 昭和 60 年 10 月 10 日	性別 男	報酬月額 ※
被保険者 番号 333		個人番号 * * * * *	性別 女	
資格取得年月日 昭和 20 年 4 月 1 日	被保険者住所(居所) 〒 999-9999 富山市〇〇1丁目 ΔΔマンション 303号	千円		
被保険者の配偶者について (子の申請を行う場合に1~4から 選択してください)		千円		

<input type="checkbox"/> 1. 配偶者なし	<input type="checkbox"/> 3. 配偶者はTISインテックグループ健保の被保険者である → 配偶者の氏名	記号-番号
<input type="checkbox"/> 2. 配偶者はあなたの被扶養者である(または申請中である)	<input type="checkbox"/> 4. 上記(1~3)以外 → 配偶者の収入(月額)	円

区分	②フリガナ 被扶養者氏名	③性別 ④配偶者	⑤生年月日 ⑥続柄	⑦同居・別居の別 被扶養者住民票住所(都道府県以下全て)	⑧被扶養者の住所(居所) (別居の場合は住所を記入)	⑨職業 ⑩学年	⑪今後の収入見込額(月額) 年:年金 不:不動産 パ:パート 他:その他	⑫仕送額(月額) ⑬年金の略称	⑭扶養開始または終了年月日 ⑮届出の理由	認定日 ⑯特記事項 (該当にチェック)	⑰雇用保険 失業給付受給 ⑱資格確認書 (発行条件要確認)
新増減	ケンポ ミヨ 健保 ミヨ	男・有 女・無	昭和 28.7.22 母	同居/別居 別居(学生) 別居(单身)	別居(別居の場合) 〒888-8888 高岡市〇〇5丁目 〇〇番地〇 〒999-9999:石川県〇〇市...	なし	年 80,000 不 パ 他	90,000 遺族年金	R6.12.1 父の死亡	資格無 予定 有・無 延長予定 延長中 <input type="checkbox"/> 長期療養中 <input type="checkbox"/> 障害認定者 <input type="checkbox"/> 発行が必要	
新増減	ケンポ シズヨ 健保 静代	男・有 女・無	昭和 58.7.22 妻	同居/別居 別居(学生) 別居(单身)	別居(別居の場合) 〒 〒999-9999:富山県〇〇市...	なし	年 不 パ 他	R6.12.1 退職	資格無 予定 有・無 延長予定 延長中 <input type="checkbox"/> 長期療養中 <input type="checkbox"/> 障害認定者 <input type="checkbox"/> 発行が必要		
新増減		男・有 女・無	昭和 続柄	同居/別居 別居(学生) 別居(单身)	別居(別居の場合) 〒 〒		年 不 パ 他			資格無 予定 有・無 延長予定 延長中 <input type="checkbox"/> 長期療養中 <input type="checkbox"/> 障害認定者 <input type="checkbox"/> 発行が必要	

扶 養 事 情 証 明 書

⑳扶養の状態及び理由等 (詳しく記入してください)	母: 10月末に父死亡のため私の扶養者として申請します。 提出書類: 住民票(世帯全員分)、申立書、健康保険離脱証明書、年金振込通知書 ^レ -(年金金額を確認できる書類)、仕送額を証明できる書類(振込通知書 ^レ -等) 妻: 出産準備のため11月末に退職。失業給付は延長の手続き予定。 提出書類: 退職証明書原本、失業給付延長手続後、離職票コピー ()の健保離脱証明書の発行をお願いします。送付先は 会社・自宅(理由:)	健保組合受付印
------------------------------	---	---------

(^レ副)の[⑱資格確認書の発行について]および[届出にあたっての留意点]をよくお読みください)

[※]印は健保組合で記入

記入後、届書をFAXにて送信し、後日、原紙をご提出ください。FAXの受信日を健保の受付日とします。(FAX 076-444-8037)

健保組合までお問い合わせください。(TEL 076-444-8007)

扶養から外す場合の記入例

正

健康保険 被扶養者(異動)届

事業所の所在地

名称

部所名(事業所)

TEL(内線)

担当

Table with columns: 常務理事, 事務長, 合議, 係, 台帳, 備考

令和 6 年 ** 月 ** 日

提出

Main form header section including 被保険者 (Insured Person) details: 記号 55, 番号 444, 氏名 健保 四郎, 生年月日 昭和40年6月15日, 性別 男, 資格取得年月日 昭和5年4月1日, 住所 富山市001丁目 ΔΔマンション 404号

Spouse information section: 被保険者の配偶者について (About the insured person's spouse), including options for spouse status and income reporting.

Main table for dependents (被扶養者) with columns: 区分 (Category), 氏名 (Name), 性別 (Gender), 生年月日 (Date of Birth), 続柄 (Relationship), 住所 (Residence), 職業 (Occupation), 収入 (Income), 仕送額 (Allowance), 扶養開始 (Start of Support), 認定日 (Certification Date), 備考 (Remarks)

扶養事情証明書 (Support Circumstances Certificate)

Bottom section for support circumstances, including ⑳扶養の状態及び理由等 (Status and reasons for support) and 健保組合受付印 (Health Insurance Association Receipt Stamp)

(＜副＞)の[⑱資格確認書の発行について]および[届出にあたっての留意点]をよくお読みください

[※]印は健保組合で記入