

被扶養者（異動）届（増加）の記入等について

新入社員記入例

①

被保険者証等の記号番号	被保険者氏名と印	フリガナ	ケンポ タロウ	生年月日	性別	資格取得年月日
	健保 太郎			昭和 平成 40 1 0 1 1	男 女	平成 令和 05 05 01
被保険者住所	〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷〇-〇-〇		電話	090 (1234) 5678		
公費助成の有無	あなた(被保険者)は市区町村から医療証の交付を受けていますか					
(子を申請する場合は記入してください)あなた(被保険者)は配偶者がいますか	いいえ はい ※市区町村から窓口負担について助成を受けている場合は、医療証(受給者証)の写しを添付してください。					

②

異動の別	被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	職業又は学年	年間予定収入(税込額)	世帯	別居の場合は住所記入	扶養をし始めた日 理由・備考
増加	ケンポ ハナコ 健保 花子	昭和 平成 令和 4 2 1 2 2 2	男 女	妻	無職	0	同居 別居		令和 05 05 01 新規
<input type="checkbox"/> 市区町村から医療証の助成を受けていますか <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 市区町村から医療証の交付を受けていますか <input checked="" type="checkbox"/> はい ※市区町村から窓口負担について助成を受けている場合は、医療証(受給者証)の写しを添付してください。									
増加	ケンポ ケンタ 健保 健太	昭和 平成 令和 0 8 0 6 0 7	男 女	二男	大学3年		同居 別居	560-0001 大阪府豊中市〇町 〇-〇-〇 〇〇ハイツ302	令和 05 05 01 新規
<input type="checkbox"/> 市区町村から医療証の助成を受けていますか <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 市区町村から医療証の交付を受けていますか <input checked="" type="checkbox"/> はい ※市区町村から窓口負担について助成を受けている場合は、医療証(受給者証)の写しを添付してください。									

③

資格取得年月日	令和 05 05 01
標準報酬月額	
扶養をし始めた日 理由・備考	令和 05 05 01 新規
都道府県	横浜
市区町村	
扶養をし始めた日 理由・備考	令和 05 05 01 新規
都道府県	
市区町村	

記入について ①②

- 被保険者の保険証等記号番号・氏名・生年月日等を記入してください。また、公費助成の有無、子を申請する場合は配偶者の有無を忘れずに記入してください。
- 被扶養者として申請するご家族様について記入してください。
※続柄は「子」ではなく「長男」「長女」等戸籍と同様に記入。
※年間予定収入額は、被扶養者として申請する日から1年間の収入予定額を記入。

添付書類について

「扶養認定に必要な添付書類一覧表」を確認し、必要とされる書類を添付してください。状況により追加で書類の提出をお願いする場合があります。

お問い合わせ先

GLV健康保険組合
〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-23-5
TEL 03-5357-7347 FAX 03-5357-7348 E-mail:info@glv-kenpo.com

新入社員の方へ ③

- GLV健康保険組合の資格確認書をまだ入手していない場合、「被保険者証等の記号番号」の記入は不要です。「標準報酬月額」も、不明な場合、記入不要です。「資格取得年月日」は、「入社日」を記入してください。被扶養者記入欄の「扶養をし始めた日」も「入社日」となります。理由・備考欄は、「新規」と記入してください。

提出先

BBS
〒432-8021 静岡県浜松市中区佐鳴台5-15-1 ビジネスブレイン太田昭和内
I DOM事務センター宛て TEL 053-488-4611

※提出していただいた書類を精査し、被扶養者として条件を満たしているか判断いたします。認定を行うことが実態と著しくかけ離れたものとなり、かつ社会通念上妥当性を欠くと組合が判断した場合は、認められないことがあります。