

【提出先】株式会社カネカ所属の方は直接健康保険組合（株式会社カネカ 大阪本社内）へ、関係会社所属の方は事業所健康保険担当部署へ添付書類と共に提出してください（個人番号届もあわせてご提出ください）。

【1/2】

健康保険被扶養者(異動)届
(被扶養者追加)

常務理事	事務長	係

被保険者	事業所の名称			所属			
	健康保険証の記号		健康保険証の番号		氏名	⑩	
	〒	—					
	住所						
	電話番号	()					

被扶養者	氏名(カナ)		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男	女	続柄	
	氏名(漢字)		個人番号(12桁) 【個人番号届提出の場合は記載不要】	【事業所経由で提出の場合は、目隠しシールを貼ってください】								
	〒	—										
	住所											
	申請理由 (扶養するに至った理由を詳細に記入してください。)											
発生日	平成・令和 年 月 日											

《以下は16歳以上の方の扶養申請の場合に記入してください。無収入の場合も年収確認書類の提出が必要です》

職 業	有()・無	月平均収入内訳	パート・アルバイト収入	_____円
月平均収入	_____円 【健康保険組合記入】 年間収入_____円		年金収入(老齢・遺族・障害)	_____円
			雇用保険の失業給付	_____円
			農業・自営業所得	_____円
			利子・配当収入	_____円
			不動産賃貸収入	_____円
			その他()	_____円

申請家族が加入していた保険について	過去1年以内に勤務先を退職された方	
1. 国民健康保険	退職年月日	年 月 日
2. その他の医療保険	勤務先 (加入医療保険者)	
(1)被保険者(任意継続含む)として	雇用保険加入	有・無
(2)_____の被扶養者として		
現在も加入していますか		
いる・いない(年 月 日脱退)		

別居の場合	毎月の送金額	_____円
-------	--------	--------

届出をする被扶養者が父母・祖父母等で配偶者がいる場合は、次の欄も記入してください。
(父母・祖父母を同時に届出する場合は、記入の必要はありません。)

氏名		生年月日	年 月 日	続柄	
収入の種類		年間収入	_____円		
令和 年 月 日提出	所在地 事業所 名称 事業主氏名 ⑩				

※配偶者の扶養申請を行う場合は、国民年金種別変更手続も同時に行ってください。

※記載内容・添付書類不備の場合は、書類を返却します。

健康保険組合記入欄	処理日	令和 年 月 日	認定日	平成・令和 年 月 日
-----------	-----	----------	-----	-------------

ご記入後、封筒に封入・封緘の上、提出方法をご確認の上、ご提出ください。

【2/2】

**個人番号届
【被扶養者(異動)届添付用】**

常務理事	事務長	係	

被扶養者の個人番号登録に使用します。

被扶養者の「通知カード」又は「マイナンバーカード」をご確認の上、誤りのないようにご記入ください。

被 保 険 者	健康保険証 の記号		健康保険証 の番号		氏名	印
------------------	--------------	--	--------------	--	----	---

被 扶 養 者	氏名					生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	個人番号 (12桁)					—					

令和 年 月 日提出

【提出方法】

1. 「健康保険被扶養者(異動)届」と同時に提出する場合
封筒に封入・封緘の上、その他の扶養状況確認書類等の添付書類と共にご提出ください。
2. 「健康保険被扶養者(異動)届」提出後に提出する場合
封筒に封入・封緘の上、株式会社カネカ在籍者はカネカ健康保険組合へ社内便・郵送等で直接提出。
関係会社所属の方は、封筒に封入・封緘の上、事業所健康保険事務担当部署へ提出。

【個人番号の利用目的】

当組合は、被保険者及び被扶養者の個人番号を、番号法別表第1の第2項「健康保険法による保険給付の支給又は保険料等の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。