

☒ 増

☐ 減

健保受付印

2023.8 改

〒1130 デンソー健康保険組合 御中

健康保険被扶養者(異動)届【出生用】

- この届は次の場合、必要書類を添付して5日以内に提出して下さい。5日を過ぎてもできるだけ早くご提出ください。
 - 既に被保険者の方が、出生により、新たに被扶養者を申請する場合(任意継続被保険者も同様)

【注】出生の場合は、今後1年間の収入が多い方の被扶養者としなければなりません。このため、収入確認のため、配偶者の収入証明が必要です。
- 健康保険法第217条により、虚偽の申請をしたり、職員の質問に答弁しなかったり、虚偽の答弁をした場合は、処罰されますのでご注意ください。
- 被扶養者認定後は、厚生労働省の指導に基づき、毎年「被扶養者資格確認」を行いますので、ご協力下さい。ご協力いただけない場合、保険証が無効になります。
- 氏名を本人自ら署名した場合には、本人の押印は不要です。

健保組合	事務長・室長	主 務	係 員

提出日：令和 年 月 日

被 保 険 者 欄	健康保険 被保険者証	記 号	番 号	ふりがな	性 別	生 年 月 日	資 格 取 得 年 月 日	従 業 員 番 号	
				被保険者 戸籍氏名	男・女	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日		
	所 属	部 工場・室 課 係 班 (内線TEL ー)						担当 書 記	
	現 住 所	〒 ー 自宅TEL (ー)							
住 民 票 登録住所	☐ 現住所と同じ	〒 ー							
	☐ 現住所と異なる ⇒ 住民票登録住所記入								

※ 個人情報保護に関しては、<https://www.denso-kenpo.or.jp/policy> をご覧下さい。なお、本帳票の記載事項(氏名・住所等)は「保健事業等の案内」「機関紙の発送」「給付金のお知らせ」に使用致します。

経路

① (株)デンソーの方
② (株)デンソー以外の方

申請者↓書記↓健康保険組合
申請者↓事業主・人事(総務)↓健康保険組合

※二男、三男、二女、三女等は()内にご記入のうえ、該当に ○を記入して下さい。

被 扶 養 者 の 異 動 記 入 欄	増減 区分	氏 名 ※楷書で丁寧に記入下さい (略字不可)	続 柄 ※省略不可	性別	生 年 月 日	職 業	収入の有無と金額 (年間収入換算額)	扶養し始めた日(出生日) その理由	医療助成該当の有無と 制度名 (子ども・障がい 者・ひとり親家庭医療等)	認 定 年 月 日
	増加	ふりがな		長 男・()男 長 女・()女 その他()	男・女	令和 年 月 日	無	令和 年 月 日	有 ・ 無	
		氏名					円	(理由) 出 生	(制度名)	
		被保険者との 同居・別居の区分	同居 ・ 別居	現住所 (同居の場合記入不要)	〒 ー					
		住 民 票 登録住所	☐ 現住所と同じ ☐ 現住所と異なる ⇒ 住民票登録住所記入	〒 ー						
	増加	ふりがな		長 男・()男 長 女・()女 その他()	男・女	令和 年 月 日	無	令和 年 月 日	有 ・ 無	
		氏名					円	(理由) 出 生	(制度名)	
		被保険者との 同居・別居の区分	同居 ・ 別居	現住所 (同居の場合記入不要)	〒 ー					
		住 民 票 登録住所	☐ 現住所と同じ ☐ 現住所と異なる ⇒ 住民票登録住所記入	〒 ー						

＜添付書類＞
☐ 住民票(写) (世帯全員および続柄の記載のあるもの)

☐ 配偶者の収入証明(源泉徴収票(写)、1年間の見込み収入証明書等) ※但し、配偶者が健康保険上の被扶養者の場合は不要

※(株)デンソー除く 事業主署名欄	所在地 名称 事業主	印
----------------------	------------------	---

住民票照合	年収証明照合	異動入力	保険証送付	住所入力
	配偶者扶養 有 ・ 無 千円/月 千円/年			