

【増加】

<A4横 両面印刷>

〒1130 デンソー健康保険組合 御中

健康保険被扶養者(異動)届【出生以外の増加用】

添付書類は裏面参照

健保組合	事務長・室長	主務	係員
	健保使用欄		

記入例

健保受付印

2025.4 改

- 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。
 - 初めて被保険者となった方が、被扶養者を申請する場合
 - 既に被保険者の方が、新たに被扶養者を申請する場合
- 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、ご協力ください。ご協力いただけない場合、健康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。
- 健保での処理完了後、被保険者のD's「一たるへ」資格情報のお知らせ」をお送りしますので、ご自身で認定日等の確認を行ってください。**

提出日：令和 7 年 4 月 5 日

被 保 者 欄	記号	1	番号	123456	ふりがな	でんそー たらう	性別	男・女	生年月日	昭平 62年 5月 5日	資格取得年月日	昭平 22年 4月 1日	従業員番号	〇〇〇〇〇〇
	被保険者 戸籍氏名			デンソー 太郎	印	男・女	昭平	62年 5月 5日	昭平	22年 4月 1日				
	所属	〇〇〇〇 部 〇〇		工場・室	〇〇	課	〇〇	係	〇	班 (内線№ 551-〇〇〇〇〇)	氏名(フルネーム)	〇〇 〇〇		
	現住所	〒 448 - 〇〇〇〇		愛知県 刈谷市 〇〇町 〇丁目 〇番地	自宅Tel (0566)	〇〇 - 〇〇〇〇		社内メール	〒 〇〇〇〇		内線番号	551 - 〇〇〇〇〇		
住民票 登録住所	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ		〒 -										担当書記 	

※ 個人情報保護に関しては、https://www.denso-kenpo.or.jp/policy をご覧ください。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
②(株)デンソー以外の方

※ 続柄は省略せずに正確に記入して下さい。(例:妻、長男、二女、義父、養母等)

氏名	続柄	性別	生年月日	職業 (学生の場合は、在学年)	収入の有無と金額 (年換算の収入額)	扶養し始めた日とその理由	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
ふりがな でんそー はなこ 氏名 デンソー 花子	妻	男 女	昭和・平成・令和 元年 3月 3日	無職	有・無 0円	令和 7年 4月 1日 (理由) 退職したため	有・無 (制度名)	
被保険者との 同居・別居の区分	同居・別居	同居	現住所 (同居の場合記入不要)	〒 -	扶養し始めた日以降の年換算の収入額を記入してください			
住民票登録住所	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ		〒 -					
健康保険資格確認書の交付 (○をつけてください)	不要・要 ※「要」の場合は、『健康保険資格確認書交付申請書』を添付してください。ただし、マイナンバーカードを保有し保険証利用登録を行っている場合は、申請できません。							
ふりがな でんそー いちろう 氏名 デンソー 一郎	長男	男 女	昭和・平成・令和 3年 7月 7日	保育園児	有・無 0円	令和 7年 4月 1日 (理由) 妻退職による扶養異動	有・無 (制度名) 子ども医療	
被保険者との 同居・別居の区分	同居・別居	同居	現住所 (同居の場合)	「子」などと省略せずに、正確な続柄を記入してください				
住民票登録住所	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ		〒 -					
健康保険資格確認書の交付 (○をつけてください)	不要・要 ※「要」の場合は、『健康保険資格確認書交付申請書』を添付してください。ただし、マイナンバーカードを保有し保険証利用登録を行っている場合は、申請できません。							

申請者↓書記↓申請者↓健康保険組合
申請者↓事業主↓人事(総務)↓申請者↓健康保険組合

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

住民票照合	失業給付受給期間	出産手当金 出産日	標準報酬	現在の保険	異動入力	住所入力	送付	3号 高齢(仮)	備考欄
健保使用欄									
		年 月 日	千円/年					失給 延長	確認書