

健康保険被扶養者(異動)届・処理通知書

発行確認

常務理事	事務長	係

被保険者証の記号・番号		(記号)	(番号)		第 号		住所				
被保険者の勤務する		事業所			被保険者	氏名					
		所属				(印) _____ □昭□平□令 年 月 日生					
増減の別	(フリガナ) 被扶養者氏名	男女別	被保険者との続柄	被扶養者の生年月日		被扶養者の職業	月平均収入額	被扶養者の住所	扶養しはじめた日又は扶養しなくなった日	扶養しはじめた理由又は扶養しなくなった理由	資格取得/喪失証明書の発行要・不要
□増 □減	()	□男 □女		□昭 □平 □令 年 月 日				□同世帯 □別世帯	令和 年 月 日		□要 □不要
□増 □減	()	□男 □女		□昭 □平 □令 年 月 日				□同世帯 □別世帯	令和 年 月 日		□要 □不要
□増 □減	()	□男 □女		□昭 □平 □令 年 月 日				□同世帯 □別世帯	令和 年 月 日		□要 □不要
□増 □減	()	□男 □女		□昭 □平 □令 年 月 日				□同世帯 □別世帯	令和 年 月 日		□要 □不要
<ご注意> 資格喪失後の受診による医療費の返還について		資格がなくなった(喪失)後、当健保組合の保険証を使用して医療機関を受診した場合、当健保組合の給付を受けていることから、「不当利得」にあたります。資格喪失後の受診による受給が判明した場合には、医療機関等へかかった医療費の給付分7割(一部8割または9割)を健保組合へ返還していただきます。当健保組合から被保険者さまへ「医療費精算通知書」を送付し、指定期日までに納付いただくこととなりますのでご注意ください。(振込手数料は、被保険者負担です。)									
備考											

日本トランスシティ健康保険組合理事長 殿

年 月 日提出

【記入上の注意】

1. 職業は会社員、パートなど具体的に記載し、屋間の学生については「高校〇年」「大学〇年」「専門学校」「洋裁学校」と記載して下さい。
2. 収入額は年金収入、農業収入、不動産収入、配当収入、パート及びアルバイト収入などすべて含めたものを記載して下さい。(60才未満は130万未満、60才以上は180万未満)
3. 資格喪失・資格取得証明書の発行を希望する場合は「要」にチェックしてください。所定欄にチェックがない場合、証明書の発行はおこないません。
4. 扶養の理由は結婚、出生、失業、死亡、離婚などの事実を具体的に記載して下さい。

【添付すべき書類】

1. 義務教育を終了した者を被扶養者として申請する場合は、その事実を証明し得る書類。無職無収入証明書(市区町村長の交付する所得証明書)、在学証明書など。
2. 年金(又は恩給)などの受給者を被扶養者として申請する場合は直近の振込通知書の(写)。
3. 父母、妻、子、弟妹及び孫以外の者を被扶養者として申請する場合は、世帯全員記載の住民票。
4. 出生以外の理由で、被扶養者として申請する場合は別紙「被扶養者の状況について(届)」も提出して下さい。
5. 就職等により被扶養者の方を削除する場合は、被扶養者の方が取得された健康保険の被保険者証の(写)を添付して下さい。
6. 別世帯の場合、継続した経済的扶養関係があることの証明のため、送金額証明書、預貯金通帳(写)、入金明細等を添付して下さい。(※但し、被保険者が勤務による単身赴任の場合、並びに別居の扶養者が学生である場合は除きます。)

上記の事実と相違ないことを証明します。

事業主

住所

氏名

(印)

届出のとおり処理したので通知します。
証明書は申請の通り、 部発行します。

日本トランスシティ健康保険組合