

|        |        |
|--------|--------|
| 事業所コード | 事業所担当印 |
|        |        |

# 健康保険 被扶養者取得届

|      |     |   |
|------|-----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係 |
|      |     |   |

必ずチェック

裏面もご確認ください

令和 年 月 日 提出

|       |          |               |          |        |      |                      |   |   |     |    |                               |
|-------|----------|---------------|----------|--------|------|----------------------|---|---|-----|----|-------------------------------|
| 被保険者欄 | 被保険者証の記号 | 18            | 被保険者証の番号 | 112345 | 生年月日 | 5.昭和<br>7.平成<br>9.令和 | 年 | 月 | 日   | 備考 | <input type="checkbox"/> 本人記載 |
|       | 氏名       | (ふりがな)<br>(氏) | (名)      | 勤務先    | 自宅   | 収入(年収/万円)            | 円 |   | TEL | -  | -                             |

被保険者本人が届書を作成した場合は、備考欄の「本人記載」にチェックを入れてください。その場合、押印・署名は省略できます。

|       |                   |               |         |                            |                      |      |   |        |    |                                    |    |
|-------|-------------------|---------------|---------|----------------------------|----------------------|------|---|--------|----|------------------------------------|----|
| 被扶養者欄 | 氏名                | (ふりがな)<br>(氏) | (名)     | 生年月日                       | 5.昭和<br>7.平成<br>9.令和 | 年    | 月 | 日      | 性別 | 1.男<br>2.女                         |    |
|       | 記載は現住所ではなく住民票住所です | 続柄            | 職業      | 無職・アルバイト・パート・自営業・学生・その他( ) |                      | 医療助成 |   | 該当・不該当 |    |                                    |    |
|       | 住民票住所             | 1.同居<br>2.別居  | 別居の場合 〒 | 被扶養者資格取得日                  | 9.令和                 | 年    | 月 | 日      | 理由 | 被保険者の資格取得・出生・結婚・退職・収入減・受給終了・その他( ) | 備考 |

マイナンバー(個人番号) **必ず記載ください** 住所は住民票住所を記入してください。マイナンバーは、間違いのないよう再度ご確認ください。

注)被保険者から見た続柄は、戸籍上の続柄(「妻」「長男」「長女」等)を記載ください。

|       |           |               |         |                            |                      |      |   |        |    |                                    |    |
|-------|-----------|---------------|---------|----------------------------|----------------------|------|---|--------|----|------------------------------------|----|
| 被扶養者欄 | 氏名        | (ふりがな)<br>(氏) | (名)     | 生年月日                       | 5.昭和<br>7.平成<br>9.令和 | 年    | 月 | 日      | 性別 | 1.男<br>2.女                         |    |
|       | 注意事項は同上です | 続柄            | 職業      | 無職・アルバイト・パート・自営業・学生・その他( ) |                      | 医療助成 |   | 該当・不該当 |    |                                    |    |
|       | 住民票住所     | 1.同居<br>2.別居  | 別居の場合 〒 | 被扶養者資格取得日                  | 9.令和                 | 年    | 月 | 日      | 理由 | 被保険者の資格取得・出生・結婚・退職・収入減・受給終了・その他( ) | 備考 |

マイナンバー(個人番号) 住所は住民票住所を記入してください。マイナンバーは、間違いのないよう再度ご確認ください。

注)被保険者から見た続柄は、戸籍上の続柄(「妻」「長男」「長女」等)を記載ください。

|       |              |  |         |           |                      |   |   |   |    |                                    |    |                           |
|-------|--------------|--|---------|-----------|----------------------|---|---|---|----|------------------------------------|----|---------------------------|
| 被扶養者欄 | 氏名           | (ふりがな)<br>(氏)                                | (名)     | 生年月日      | 5.昭和<br>7.平成<br>9.令和 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 1.男<br>2.女                         |    |                           |
|       | 住民票住所        | 1.同居<br>2.別居                                 | 別居の場合 〒 | 被扶養者資格取得日 | 9.令和                 | 年 | 月 | 日 | 理由 | 被保険者の資格取得・出生・結婚・退職・収入減・受給終了・その他( ) | 備考 | 住民票が国内に無い場合<br>裏面の該当番号を記載 |
|       | マイナンバー(個人番号) | 住所は住民票住所を記入してください。マイナンバーは、間違いのないよう再度ご確認ください。 |         |           |                      |   |   |   |    |                                    |    |                           |

注)被保険者から見た続柄は、戸籍上の続柄(「妻」「長男」「長女」等)を記載ください。

【被保険者記載欄】日本国内に被扶養者の住民票がない場合は、裏面の要件を確認いただき、該当する番号を備考欄に記載してください。

【事業主記載欄】事業主の確認により添付書類又は本人押印・署名を省略した場合は、該当するものにチェックをしてください。

本人押印・署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。

本人押印・署名の省略にあたり、記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。

付 日 付 印 捺 認 日 付 印

|        |     |
|--------|-----|
| 事業所所在地 | 〒 - |
| 事業所名称  |     |
| 事業主氏名  |     |
| 電話番号   | ( ) |

|            |
|------------|
| 社会保険労務士記載欄 |
|            |

日本国内に被扶養者の住民票がない場合、  
被扶養者が以下いずれかの要件に該当するか確認いただき、該当する番号を表面の備考欄に記載してください。

| 番号 | 要件  | 添付書類                              |
|----|---|-----------------------------------|
| ①  | 外国において留学をする学生   | 査証、学生証、在学証明書入学証明書等の写し             |
| ②  | 外国に赴任する被保険者に同行する者<br>【具体例】<br>家族帯同ビザが発行されるもの  | 査証、海外赴任辞令、海外の公的機関が発行する居住証明書等の写し   |
| ③  | 観光、保養又はボランティア活動その他就労以外の目的で一時的に海外に渡航する者<br>【具体例】<br>ワーキングホリデー制度を利用して渡航するもの、外国において留学する学生に同行する家族等、原則としてビザに有効期限があるもの            | 査証、ボランティア派遣機関の証明、ボランティアの参加同意書等の写し |
| ④  | 被保険者が外国に赴任している間に当該被保険者との身分関係が生じた者であって、②と同等と認められるもの<br>【具体例】<br>・海外赴任中に生まれた被保険者の子供<br>・海外赴任中に現地で結婚した配偶者<br>・海外赴任中に縁組を結んだ特別養子 | 出生や婚姻等を証明する書類等の写し                 |
| ⑤  | ①から④までに掲げるもののほか、渡航目的その他の事情を考慮して日本国内に生活の基礎があると認められる者<br>【具体例】<br>留学等の理由で渡航する被扶養者の海外在住中に生まれた子供等                               | 出生や婚姻等を証明する書類等の写し等                |

□医療助成について

コスモ健保では健康保険給付と公費負担医療助成との重複給付を避けるよう、自治体で医療助成の対象となった方については、自動計算方式での給付を停止させていただいています。

医療助成を受けている場合は、必ずコスモ健保へ届出をお願いします。

万一重複給付が判明した場合は、後日返還請求させていただくことになります。

医療助成の詳細については、健保HPをご確認ください。