

健康保険被扶養者登録申請届

①西武健保保管

マイナンバー入り住民票を添付いただいた場合は、届書へのマイナンバーの記載は不要です。

【ご家族の個人番号：マイナンバーの届出について】届書に記載またはマイナンバー入り住民票を添付してください。（新生児の出生に伴う申請を除く）

被扶養者として申請する家族	ふりがな 氏 名	性別	生年月日(和暦)	続柄	職 業 年	月平均 収入額	被保険者と 同居・別居	被扶養者として 申請する理由	西武健保認定日 (記入しないでください)	務 理 事
被扶養者として申請する家族	せいぶ ほなみ 西武 保奈美	男(女)	昭和 平成 令和 56 年 5 月 19 日	妻	パート	103,000 円	同居 別居	勤務先退職のため		
	せいぶ てつや 西武 鉄矢	男(女)	昭和 平成 令和 18 年 12 月 18 日	長男	高校生	50,000 円	同居 別居	新規入社		
	せいぶ きゅうじ 西武 球児	男(女)	昭和 平成 令和 25 年 12 月 20 日	二男	小学生	0 円	同居 別居	被保険者の転籍 (転籍前記号番号を記載)		
	せいぶ えみ 西武 笑実	男(女)	昭和 平成 令和 5 年 1 月 2 日	長女	未就学児	0 円	同居 別居	出生		
	せいぶ やすこ 西武 康子	男(女)	昭和 平成 令和 29 年 4 月 16 日	母	無職	95,000 円	同居 別居	父死去のため		

左記申請理由は記載例です。

【その他理由例】

- ・結婚のため
- ・収入減少のため
- ・被保険者の定年再雇用
- ・配偶者勤務先の社保喪失により
子供を自身の扶養に切り替えるため
- ・被保険者の契約変更(就業時間数増加)
- ・(家族の)勤務先の契約変更
(短時間勤務に変更)

など

(氏名欄の苗字と名前の間は1マスあけてください。氏名表記に使用可能な文字数は空白を含めて最大15文字となります。)

上記の「出生」欄に「新生児の出生」に伴う申請の場合は、マイナンバーの記載は不要です。

なお、扶養料に関する家族高額療養費および家族療養付加金の受領を下記事業所に委任いたします。

提出にあたっては所属(部または職場)管理部門(右列)と事業主人事部門(左列)の承認を受けてください。

事業所	所属
管理者	管理者
○	○
○	○
○	○
○	○
○	○

健保受付日

令和 6 年 1 月 5 日

事業所名(会社名)
(出向の方は元籍会社名)

西武〇〇株式会社

所属(勤務地)名
(出向の方は出向先名)

出向西武△△経理部

西武健康保険組合

事 長 殿

記入見本

被保険者証の記号番号 (枝番不要)	(108 - 40151)	
氏 名	西武 健一郎	
生 年 月 日 (和暦)	昭和 平成 令和 55 年 7 月 15 日	性 別
被保険者資格取得 年月日(和暦)	昭和 平成 令和 5 年 11 月 1 日	男(女)

被保険者の押印は不要です。

《ご注意》

- 届出にあたって、お手数ですが3片に同じ内容をご記入いただき3片ともご提出ください。マイナンバー記載欄以外はカーボン紙での転写を可とします。
- 性別、元号、同居別居の類別は、当てはまるものに必ず〇印をつけてください。
- 手続き完了後、健康保険証を交付いたしますので、国民健康保険等に参加中の方は忘れずに脱退手続きを行ってください。
- ご家族に異動が生じた場合の届出は法令上、事由発生から5日以内と定められておりますので、遅滞なく申請を行ってください。
- 一度に6名以上のご家族を申請する場合は、申請書を2部(各3片)作成してください。(行を追加するなどの様式改変をしないでください。)
- 最右列の「認定日」欄は何も記入しないでください。西武健保にて記入いたします。
- “消せるボールペン”は不備扱いとなりますので使用しないでください。

健康保険被扶養者登録申請届(控) ②事業主控

(一度組合まで提出してください)

西武健康保険組合
2024. 1

被扶養者として申請する家族	ふりがな 氏名	性別	生年月日(和暦)	続柄	職 業 年	月平均 収入額	被保険者と 同居・別居	被扶養者として 申請する理由	西武健保認定日 (記入しないでください)		
	せいぶ ほなみ 西武 保奈美	男 ☒ 女 ☐	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 56 年 5 月 19 日	妻	パート	103,000 円	☒ 同居 ☐ 別居	勤務先退職のため	令和		
	事業主控へのマイナンバー記載は不要です。										
	せいぶ てつや 西武 鉄矢	男 ☒ 女 ☐	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 18 年 12 月 18 日	長男	高校生	50,000 円	☒ 同居 ☐ 別居	新規入社	令和		
	事業主控へのマイナンバー記載は不要です。										
	せいぶ きゅうじ 西武 球児	男 ☒ 女 ☐	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 25 年 12 月 20 日	二男	小学生	0 円	☒ 同居 ☐ 別居	被保険者の転籍 (転籍前記号番号を記載)	令和		
	事業主控へのマイナンバー記載は不要です。										
せいぶ えみ 西武 笑実	男 ☒ 女 ☐	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 5 年 1 月 2 日	長女	未就学児	0 円	☒ 同居 ☐ 別居	出生	令和			
事業主控へのマイナンバー記載は不要です。											
せいぶ やすこ 西武 康子	男 ☒ 女 ☐	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 28 年 4 月 16 日	母	無職	95,000 円	☒ 同居 ☐ 別居	父死去のため	令和			
事業主控へのマイナンバー記載は不要です。											

(氏名欄の苗字と名前の間は1マスあけて記入してください。氏名表記に使用可能な文字数は空白を含めて最大15文字となります。)

上記の通り被扶養者として登録していただきたく申請いたします。

なお、今後私に関する家族高額療養費および家族療養付加金の受領を下記事業所に委任いたします。

令和 6 年 1 月 5 日

事業所名(会社名)
(出向の方は元籍会社名)

西武〇〇株式会社

所属(勤務地)名
(出向の方は出向先名)

出向西武△△経理部

西武健康保険組合

理事長 殿

記入見本

被保険者 (申請者)	被保険者証の記号番号 (枝番不要)		
	(108 - 40151)		
	氏 名	西武 健一郎	
	生 年 月 日 (和暦)	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 55 年 7 月 15 日	性別
	被保険者資格取得 年月日(和暦)	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 5 年 11 月 1 日	☒ 男 ☐ 女

事業所 管理者	所属 管理者
☐	☐
☐	☐
担当者	担当者
☐	☐

健保受付日

- 届出にあたって、お手数ですが3片に同じ内容をご記入いただき3片ともご提出ください。マイナンバー記載欄以外はカーボン紙での転写を可とします。
- 性別、元号、同居別居の類別は、当てはまるものに必ず〇印をつけてください。
- ※3. 手続完了後、健康保険証を交付いたしますので、国民健康保険等に加入中の方は忘れずに脱退手続きを行ってください。
- ご家族に異動が生じた場合の届出は法令上、事由発生から5日以内と定められておりますので、遅滞なく申請を行ってください。
- 一度に6名以上のご家族を申請する場合は、申請書を2部(各3片)作成してください。(行を追加するなどの様式改変をしないでください。)
- 最右列の「認定日」欄は何も記入しないでください。西武健保にて記入いたします。
- ”消せるボールペン”は不備扱いとなりますので使用しないでください。

《ご注意》

健康保険被扶養者登録申請届(控)

③申請者控

(一度組合まで提出してください)

西武健康保険組合
2024. 1

被扶養者として申請する家族	ふりがな 氏 名	性別	生年月日(和暦)	続柄	職 業 学 年	月平均 収入額	被保険者と 同居・別居	被扶養者として 申請する理由	西武健保認定日 (西武健保記入)		
	せいぶ ほなみ 西武 保奈美	男 ☒ 女 ☐	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 56 年 5 月 19 日	妻	パート	103,000 円	☒ 同居 ☐ 別居	勤務先退職のため	令和		
	申請者控へのマイナンバー記載は不要です。										
	せいぶ てつや 西武 鉄矢	男 ☒ 女 ☐	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 18 年 12 月 18 日	長男	高校生	50,000 円	☒ 同居 ☐ 別居	新規入社	令和		
	申請者控へのマイナンバー記載は不要です。										
	せいぶ きゅうじ 西武 球児	男 ☒ 女 ☐	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 25 年 12 月 20 日	二男	小学生	0 円	☒ 同居 ☐ 別居	被保険者の転籍 (転籍前記号番号を記載)	令和		
	申請者控へのマイナンバー記載は不要です。										
	せいぶ えみ 西武 笑実	男 ☒ 女 ☐	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 5 年 1 月 2 日	長女	未就学児	0 円	☒ 同居 ☐ 別居	出生	令和		
	申請者控へのマイナンバー記載は不要です。										
	せいぶ やすこ 西武 康子	男 ☒ 女 ☐	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 28 年 4 月 16 日	母	無職	95,000 円	☒ 同居 ☐ 別居	父死去のため	令和		
申請者控へのマイナンバー記載は不要です。											

(氏名欄の苗字と名前の間は1マスあけて記入してください。氏名表記に使用可能な文字数は空白を含めて最大15文字となります。)

事業所名(会社名) 西武〇〇株式会社 所属(勤務地)名 出向西武△△経理部

記入見本

被保険者 (申請者)	被保険者証の記号番号 (枝番不要)			(108 - 40151)
	氏 名	西武 健一郎		
	生 年 月 日 (和暦)	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 55 年 7 月 15 日	性別	
	被保険者資格取得 年月日(和暦)	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 5 年 11 月 1 日	☒ 男 ☐ 女	

健保受付日

本健康保険被扶養者登録届による申請を右の健保受付印の日付にて受理いたしました。
上記のご家族様の認定については、交付された健康保険被保険者証をもって証明するものと
します。(複数日付の押印がある場合は再提出または追加書類の受理日となります。)

埼玉県所沢市くすのき台1-11-1
西武健康保険組合
☎04-2926-3876