

【配偶者】【子】以外 健康保険 被扶養者（異動）届

※必ず記入漏れのないようご注意ください。記入漏れがある場合は返戻致します。

令和 年 月 日提出

常務理事	事務長		

**事業主記入欄**

事業所所在地 〒 -

事業所名称

電話番号 ( )

健保受付印

**A. 被保険者欄**

①被保険者証の記号	番号	③ *被扶養者でない配偶者の有無および収入(年収)	有・無	有する場合の配偶者年収 万円
② 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	④ 生年月日	5. 昭和 7. 平成	年 月 日 ⑤ 性別 1. 男性 2. 女性
⑦ 資格取得年月日	7. 平成 9. 令和	⑧ 収入(年収)	万円	⑨ 住民票の住所 〒 -

扶養しはじめた場合は「該当」、扶養しなくなった場合は「非該当」、氏名変更およびその他訂正の場合は「変更」を○で囲んでください。

【父母・兄弟姉妹・その他】 ※配偶者・子の場合、この用紙ではありませんのでご注意ください

**D. 被扶養者 1**

① 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	③ 性別	1. 男性 2. 女性	④ 続柄	
		⑤ 居住状況	1. 同世帯 2. 別居(仕送り額: 万円/月) → 居住地(国内・海外特例)			注)別居の場合は、必ず仕送り金額とカッコ内の該当する箇所へ○を記入ください。		
		⑦ 住民票の住所	〒					
⑧ 扶養しはじめた日	9. 令和	年 月 日	⑨ 職業	1. 無職 2. パート 3. 年金受給者	4. 小・中学生以下 5. 高・大学生( 年生) 6. その他( )	⑩ 収入(年収)	給与 万円 合計 万円 年金 万円 注)扶養し始めた日から1年間の年収見積を記入ください。これまでの収入は含みません。 その他 万円	
⑪ 理由	1. 離職 2. 収入減 3. 被保険者資格取得 4. その他( )							
⑫ 各種受給状況	※扶養し始める日以降の右のすべての受給状況について必ず○を囲んでお答えください。受給期間中は扶養から抜けていただくお手続きが必要となります。注)受給額が月額3,612円(60歳以上・障がい者は5,000円)未満の場合は受給期間中でも加入いただけます。							
⑬ 被保険者以外の2親等以内のご家族状況	※ 被扶養者は、被保険者の収入によって生計を維持していることが必要と定められています。被保険者により生計が維持されていることを確認するため、2親等までのご家族の有無の該当する方に○をつけ、「いる」の場合は状況について詳細にご記入ください。							
	2親等以内のご家族が被保険者以外に <u>いる</u> ・ <u>いない</u>							
	申請する家族との続柄	氏名	申請時点の年齢	職業	年収(円)	同別居		
	1					□同居 □別居(申請する家族への援助額 万円/月)		
	2					□同居 □別居(申請する家族への援助額 万円/月)		
	3					□同居 □別居(申請する家族への援助額 万円/月)		
	4					□同居 □別居(申請する家族への援助額 万円/月)		
5					□同居 □別居(申請する家族への援助額 万円/月)			
6					□同居 □別居(申請する家族への援助額 万円/月)			
申請する家族の配偶者の有無	□有 → 配偶者の加入している健康保険(組合名: ) □無 → □未婚 □離別 □死別(遺族年金受給の有無: □有 □無)							
⑭ 扶養しなくなった日	9. 令和	年 月 日	⑮ 理由	1. 就職 2. 離婚 3. 収入増加 4. 75歳到達 5. 死亡( 年 月 日) 6. その他( )	⑯ 被保険者証回収	□添付 □返不能( )	⑰ 備考	

◎被扶養者の「該当」、「非該当」、「変更」は1枚の用紙で同時に提出できません。それぞれ別の用紙で提出してください。  
◎氏名変更(訂正)、生年月日訂正、性別訂正の届出をする場合は、当該用紙の標題の近くに赤字で「(訂正)」と記入ください。なお、記入については、訂正(変更)以外の箇所を申請時どおりに記入し、訂正(変更)箇所については、訂正(変更)前のものを上段に赤字で、訂正(変更)後のものを下段に黒字で2段書きしてください。

社会保険労務士記載欄

【父母・兄弟姉妹・その他】 ※配偶者・子の場合、この用紙ではありませんのでご注意ください

D. 被扶養者2	① 氏名 (フリガナ) 氏名 (名)	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	③ 性別	1. 男性 2. 女性	④ 続柄					
		⑤ 居住状況	1. 同世帯 2. 別居 (仕送り額: _____ 万円/月) → 居住地 (国内・海外特例)						注) 別居の場合は、必ず仕送り金額とカッコ内の該当する箇所へ○を記入ください。					
		⑦ 住民票の住所												
	⑧ 扶養 しはじめた日	9. 令和	年	月	日	⑨ 職業	1. 無職 2. パート 3. 年金受給者	4. 小・中学生以下 5. 高・大学生 ( 年生 ) 6. その他 ( )	⑩ 収入 (年収)	給与 _____ 万円 年金 _____ 万円 その他 _____ 万円	合計 _____ 万円	注) 扶養し始めた日から1年間の 年収見積を記入ください。これま での収入は含みません。		
	⑪ 理由	1. 離職 2. 収入減 3. 被保険者資格取得 4. その他 ( )												
	⑫ 各種受給 状況	※扶養し始める日以降の右のすべての受給状況について必ず○を囲んでお答えください。受給期間中は扶養から抜けていただくお手続きが必要となります。						失業給付金	1. 受給しない、受給資格なし		2. 申請予定 (申請中含む)		3. 受給中: 手当日額 _____ 円	
		注) 受給額が月額3,612円 (60歳以上・障がい者は5,000円) 未満の場合は受給期間中でも加入いただけます。						傷病手当金	1. 受給しない、受給資格なし		2. 申請予定 (申請中含む)		3. 受給中: 手当日額 _____ 円	
								出産手当金	1. 受給しない、受給資格なし		2. 申請予定 (申請中含む)		3. 受給中: 手当日額 _____ 円	
	⑬ 被保険者以外 の2親等以内 のご家族状況	※ 被扶養者は、被保険者の収入によって生計を維持していることが必要と定められています。被保険者により生計が維持されていることを確認するため、2親等までのご家族の有無の該当する方に○をつけ、「いる」の場合は状況について詳細にご記入ください。												
		2親等以内のご家族が被保険者以外に <u>いる</u> ・ <u>いない</u>												
		申請する家族との続柄	氏名	申請時点の年齢	職業	年収(円)	同別居							
		1					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (申請する家族への援助額 _____ 万円/月)							
		2					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (申請する家族への援助額 _____ 万円/月)							
		3					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (申請する家族への援助額 _____ 万円/月)							
		4					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (申請する家族への援助額 _____ 万円/月)							
	5					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (申請する家族への援助額 _____ 万円/月)								
	6					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (申請する家族への援助額 _____ 万円/月)								
		申請する家族の配偶者の有無	<input type="checkbox"/> 有 → 配偶者の加入している健康保険 (組合名: _____)											
			<input type="checkbox"/> 無 → <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別 (遺族年金受給の有無: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)											
	⑭ 扶養 しなくなった日	9. 令和	年	月	日	⑮ 理由	1. 就職 2. 離婚	3. 収入増加 4. 75歳到達	5. 死亡 ( 年 月 日 ) 6. その他 ( )	⑯ 被保険者証回収 <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 返不能 ( )		⑰ 備考		

【被扶養者の収入の範囲】

- 給与収入 (パート・アルバイト・内職を含む)
- 各種年金 (厚生年金・国民年金・公務員等の共済年金・農業者年金・船員年金・石炭鉱業年金・議員年金 労働者災害補償年金・企業年金・自社年金・障害年金・私的年金・非課税扱いの遺族年金 等)
- 恩給収入 (文官恩給・旧軍人恩給・旧軍人遺族恩給 等)
- 事業収入 (自家営業・農業・漁業・林業 等)
- 不動産収入・利子収入・投資収入・雑収入
- 雇用保険からの給付金 (失業給付または傷病手当), 健康保険からの傷病手当金や出産手当金
- 被保険者以外の者からの仕送り (生計費, 養育費 等)
- その他継続性のある収入

※収入要件とは、年間収入が130万円 (60歳以上または障がい者は180万円) 未満で、被保険者の収入の2分の1未満であることとされています。

【国内居住要件の例外となる人】

例外として認められる事由	確認書類
①外国において留学をする学生	ビザ、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	ビザ (原則、家族帯同ビザ)、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就労以外の目的で一時的に海外に渡航する者 (観光、保養又はボランティア活動等)	ビザ、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被保険者の海外赴任中に出生・婚姻等で身分関係が生じた者であって②と同等と認められる者	出生や婚姻等を証明する書類等の写し

被扶養者異動届の提出時期は、健康保険法施行規則第38条により、事実のあった (異動事由の発生した) 日から5日以内に届出することと定められています。当組合への届出が事実発生日より1か月以上経過している場合は、認定日を申請月初日とさせていただきます。