

正

健康保険 被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	GL/TL	担当
健保使用欄			

AAA

令和 年 月 日提出

事業所記入欄	保険証の記号	法人番号
	届書記入の内容に誤りがないことを確認しました。	
	会社記入欄	
事業所所在地	〒 _____	
事業所名称	_____	
事業主氏名	_____	
電話番号	_____	

提出代行者記入欄	社会保険労務士コード	_____
	社会保険労務士の提出代行者印	_____

A 被保険者	① 保険証の番号	〇〇〇〇	② フリガナ 氏名	ケンポ 健保	(氏)	タロウ 太郎	(名)	③ 生年月日	昭和 平成 令和	年 4	月 8	日 0	性別	④ 男・女	
	⑤ 個人番号	個人番号の記入については会社の指示に従ってください。						⑦ 標準報酬月額	〇〇〇	⑧ 現住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇〇				
	⑥ 取得年月日	昭和・平成	令和	3	年	3	月	1	日	千円	電話番号 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇				

配偶者を被扶養者に追加する場合は「増」に、被扶養者から外す場合は「減」に〇をご記入ください。

B 配偶者欄(夫・妻)	① 氏名	フリガナ	ケンポ 健保	ヤスコ 康子	(氏)	(名)	② 生年月日	昭和 平成 令和	年 5	月 0	日 8	性別	男・女	④ 続柄	_____
	⑤ 個人番号	会社の指示に従ってください。													
	⑥ 被扶養者になった日	令和	0	3	0	3	0	1	日	⑦ 増の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者の就職	<input type="checkbox"/> 婚姻	<input type="checkbox"/> 離職	<input type="checkbox"/> 収入減少	⑬ 備考
	⑧ 現住所	同居	別居	〒	_____			⑨ 1月1日時点住民票住所	現住所と同じ	<input type="checkbox"/>	(現住所と同じ場合は省略可) 都・道 府・県 市・区 町・村				
⑩ 外国人通称	_____														
⑪ 減の理由	<input type="checkbox"/> 就職	<input type="checkbox"/> 離婚	<input type="checkbox"/> 収入超過	<input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: /)	<input type="checkbox"/> 75歳到達	<input type="checkbox"/> 失業給付受給	<input type="checkbox"/> その他(理由:)	喪失証明発行希望							

配偶者以外の方を被扶養者に追加する場合は「増」に、被扶養者から外す場合は「減」に〇をご記入ください。

① 配偶者以外の被扶養者を追加する場合、配偶者が被扶養者でないときは配偶者の年間収入を記入してください。	配偶者の年間収入	_____ 円
--	----------	---------

C その他の被扶養者欄	② 氏名	フリガナ	ケンポ 健保	ゲンキ 元気	(氏)	(名)	③ 生年月日	昭和 平成 令和	年 1	月 8	日 0	性別	男・女	⑤ 続柄	_____
	⑥ 個人番号	会社の指示に従ってください。													
	⑦ 被扶養者になった日	令和	0	3	0	3	0	1	日	⑧ 増の理由	<input type="checkbox"/> 出生	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者の就職	<input type="checkbox"/> 離職	<input type="checkbox"/> 収入減少	⑬ 備考
	⑨ 現住所	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	〒	_____			⑩ 1月1日時点住民票住所	現住所と同じ	<input type="checkbox"/>	(現住所と同じ場合は省略可) 都・道 府・県 市・区 町・村				
⑪ 減の理由	<input type="checkbox"/> 就職	<input type="checkbox"/> 離婚	<input type="checkbox"/> 収入超過	<input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: /)	<input type="checkbox"/> 75歳到達	<input type="checkbox"/> 失業給付受給	<input type="checkbox"/> その他(理由:)	喪失証明発行希望							

- ・この届書は、1.扶養家族にする場合、2.扶養家族から外す場合 に提出していただくものです。
- ・被扶養者を追加する場合、裏面の「現況届」と、扶養に入れたい方に応じた添付書類が必要です。
- ・扶養認定日は、原則として事由発生日となります。事由発生日から1ヶ月以内に申請してください。1ヶ月以上遅れて申請があった場合の認定日は、健保組合の定めた日となります。
- ・扶養から外す場合、外す方の保険証を添付してください。

受付印

【提出の流れ】 被保険者→事業所→健保組合(任意継続者は直接健保へ)

～扶養申請者現況届～

(16歳未満の子供と学生及び異動減の場合は記入不要です。)

下記の全ての枠内に記入または該当項目に をつけてください。

申請者 (扶養に入りたい方の氏名)	健保 花子	年齢	〇〇 歳	職業	無職
被保険者と別居している方は その住所(同居は不要)	〒 Tel				
今回、扶養申請する理由は 何ですか？	被保険者の就職により など具体的に記入				
申請者に配偶者(夫・妻)は	<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない [<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別]				

I. 現在の収入について記入

給与収入	<input type="checkbox"/> 有 [<input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> その他()] <input checked="" type="checkbox"/> 無
年金受給	<input type="checkbox"/> 有 [<input type="checkbox"/> 基礎 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 基金 <input type="checkbox"/> 他] <input checked="" type="checkbox"/> 無
自営業等収入	<input type="checkbox"/> 有 [<input type="checkbox"/> 不動産 <input type="checkbox"/> 利子・配当等 <input type="checkbox"/> 内職等 <input type="checkbox"/> その他()] <input checked="" type="checkbox"/> 無
失業給付	<input type="checkbox"/> 申請予定 <input type="checkbox"/> 延長中 <input type="checkbox"/> 受給終了 <input type="checkbox"/> 受けない <input checked="" type="checkbox"/> 無
傷病手当金	<input type="checkbox"/> 受給中 (日額: 円) <input checked="" type="checkbox"/> 無
出産手当金	<input type="checkbox"/> 受給中 (日額: 円) <input checked="" type="checkbox"/> 無

II. 過去2年以内に就労していた場合に記入

勤務先	Tel	勤務年数	年 月
退職日	退職理由	出産予定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (予定日 年 月 日)

III. 今まで加入していた健康保険と通院状況を記入

<input type="checkbox"/> 自身が被保険者として加入していた <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 組合健保 <input type="checkbox"/> その他 []
<input checked="" type="checkbox"/> 扶養家族として加入していた <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 組合健保 <input type="checkbox"/> その他 []
<input type="checkbox"/> 任意継続に被保険者(本人)として加入 } 資格取得日 : 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 任意継続に被扶養者(家族)として加入 } 資格喪失日 : 平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> 現在通院中 <input type="checkbox"/> 現在入院中 <input checked="" type="checkbox"/> 入院も通院もしていない

IV. 被保険者と別居している場合に記入

①申請者と同居している人は <input type="checkbox"/> 有 (その方の月収は 円) <input type="checkbox"/> 無
②被保険者からの仕送りは <input type="checkbox"/> 有 (仕送り額は月額 円) <input type="checkbox"/> 無

V. 保険証の他に自己負担が軽減される医療受給者証を持っている場合に記入

<input type="checkbox"/> 障がい者医療 <input type="checkbox"/> 母子(ひとり親)医療 <input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> その他()

トヨタ関連部品健康保険組合 御中

〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

以上の申告に相違があった場合、被扶養者認定日に遡ってその資格を削除するとともに、医療費等の保険給付を受けていた場合は、全額返納します。
また失業給付等を受ける際、給付日額が基準を超える場合は扶養から削除します。

被保険者氏名

健保 太郎