

健康保険被扶養者(異動)届【認定・削除】

提出年月 令和 年 月 日

被保険者欄	被保険者等	記号	番号	社員番号	氏名	
	住民票住所	〒 _____ 電話(携帯) _____			生年月日	<input type="checkbox"/> 5.昭和 <input type="checkbox"/> 7.平成 年 月 日
	会社名				資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 5.昭和 <input type="checkbox"/> 7.平成 <input type="checkbox"/> 9.令和 年 月 日
	事業所名				被保険者年間収入	円 <input type="text"/> 配偶者なし
事業所所在地	〒 _____ 電話 _____			配偶者年間収入	円 <input type="text"/>	

被扶養者欄	(フリガナ)氏名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 5.昭和 <input type="checkbox"/> 7.平成 <input type="checkbox"/> 9.令和 年 月 日
	個人番号(削除は不要)	続柄	長男・長女の表記で記入してください	被保険者と	理由
	職業	年間収入(削除は不要)	円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
	認定日	9.令和	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要	削除日

被扶養者欄	(フリガナ)氏名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 5.昭和 <input type="checkbox"/> 7.平成 <input type="checkbox"/> 9.令和 年 月 日
	個人番号(削除は不要)	続柄	長男・長女の表記で記入してください	被保険者と	理由
	職業	年間収入(削除は不要)	円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
	認定日	9.令和	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要	削除日

被扶養者欄	(フリガナ)氏名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 5.昭和 <input type="checkbox"/> 7.平成 <input type="checkbox"/> 9.令和 年 月 日
	個人番号(削除は不要)	続柄	長男・長女の表記で記入してください	被保険者と	理由
	職業	年間収入(削除は不要)	円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
	認定日	9.令和	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要	削除日

事業主記入欄	事業所所在地	〒 _____
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話	

受付日

※健保記入	確認
資格確認書回収	枚
国民年金3号	配偶者
育児書	第一子

◎ 被扶養者とは次のような人です

- あなたの配偶者及び子供であって「主として」あなたの収入により生計を維持しているもの
- あなたの直系尊属(父母、祖父母など)であって「主として」あなたの収入により生計を維持しているもの
- あなたの3親等内の親族であって「主として」あなたの収入により生計を維持しておりかつ、あなたと同一の世帯にあるもの

注) 1.「主として」とは大部分、具体的には認定対象者の生計費の1/2以上をあなたが支援していること
 2.「同一の世帯」とはあなたと同居及び生計を同じにしていること
 3. 父母などはあなたと同居していても原則として独立した生計を営み得るとみなします。

添付書類 ①住民票(世帯) ②被扶養者申請に伴う状況届 ③収入状況が確認できる証明書
 ※ 証明書が提出されないときは、被扶養者として認定されないことがあります。

常務理事	事務長	担当