

事業所記入欄			
事業所受付日			
令和	年	月	日

常務理事	事務長		担当者

健康保険被扶養者異動届

※太枠のみご記入ください

年 月 日提出

被 保 険 者 欄	被保険者証等の 記号		被保険者証等の 番号		生年月日		昭和 平成				性別		1.男 2.女	
	(フリガナ)		(氏)		(名)		住民票 住所		電話番号					
	氏名						取得 年月日		平成 令和		標準報酬 月額		千円	

被 扶 養 者 欄	異動の種類		追加・削除		資格確認書 発行要否		☐ 発行が必要		被保険者証等 回収区分		添付・返不能・減失		備考			
	(フリガナ)		(氏)		(名)		生年月日		昭和 平成		性別		1.男 2.女			
	氏名						個人番号									
	続柄		職業		収入 (年収)		住所		1.同居 2.別居		別居 の場合 住所		住所			
	被扶養者となった日または 被扶養者でなくなった日		令和		年 月 日		被扶養者となった理由または 被扶養者でなくなった理由									

被 扶 養 者 欄	異動の種類		追加・削除		資格確認書 発行要否		☐ 発行が必要		被保険者証等 回収区分		添付・返不能・減失		備考			
	(フリガナ)		(氏)		(名)		生年月日		昭和 平成		性別		1.男 2.女			
	氏名						個人番号									
	続柄		職業		収入 (年収)		住所		1.同居 2.別居		別居 の場合 住所		住所			
	被扶養者となった日または 被扶養者でなくなった日		令和		年 月 日		被扶養者となった理由または 被扶養者でなくなった理由									

被 扶 養 者 欄	異動の種類		追加・削除		資格確認書 発行要否		☐ 発行が必要		被保険者証等 回収区分		添付・返不能・減失		備考			
	(フリガナ)		(氏)		(名)		生年月日		昭和 平成		性別		1.男 2.女			
	氏名						個人番号									
	続柄		職業		収入 (年収)		住所		1.同居 2.別居		別居 の場合 住所		住所			
	被扶養者となった日または 被扶養者でなくなった日		令和		年 月 日		被扶養者となった理由または 被扶養者でなくなった理由									

受付日付印

この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
①申請者本人(被保険者)が作成したものである。
②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

◎注意事項

- 追加申請の届出をする場合は、必ず個人番号を記入してください。
- 削除申請の届出をする場合は、削除する方の被保険者証等を添付してください。
- 収入欄に記入する金額には非課税対象となる年金(障害・遺族)、失業給付、傷病手当金等も含まれます。
- 16歳以上の学生でない方を追加申請する場合は、当組合所定の被扶養者状況調査書と、収入金額の確認できる直近の書類の写しを添付してください。
- 医療保険者等中間サーバーを介して健康保険事務で必要となる個人番号および特定個人情報を取得し、利用させて頂くことがあります。

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()

この届書は、1.被扶養者を追加する場合、2.被扶養者を削除する場合に提出いただくものです。

【記入方法】

1. 生年月日など年月日を記入するとき、例えば平成30年10月1日の場合は右図のように記入してください。

昭 平 令 和	和 成 和	3	0	1	0	0	1
		年			月	日	

2. 『続柄』欄は、被保険者との続柄を「夫」、「妻」、「父」、「母」、「長男」、「祖父」、「祖母」などと記入してください。
3. 『職業』欄は、その実態が分かるように「無職」、「年金受給者」、「高校〇年」、「パート」などと記入してください。
4. 『住所』欄は、被保険者と同居または別居のいずれかを○で囲み、同居の場合は住所記入は不要です。
別居の場合は、住民票の住所と居所をご記入ください。住民票住所と居所が同じ場合は居所の記入は不要です。
4. 『被扶養者となった日または被扶養者でなくなった日』欄は以下のとおりに記入してください。
- 追加の場合
- (1) 被保険者資格取得届と同時に追加をする場合、被保険者の資格取得日(入社日など)を記入してください。
- (2) (1)以外の理由の場合は、例えば出生であれば出生年月日、結婚であれば婚姻年月日など、実際に被扶養者となる事由が発生した日を記入してください。ただし、追加理由が退職の場合は退職年月日の翌日を記入してください。
- 削除の場合
- (1) 削除の理由が就職であれば就職年月日など、実際に被扶養者でなくなった事由が発生した日を記入してください。ただし、削除理由が死亡の場合は死亡日の翌日を記入してください。
- (2) 後期高齢者医療制度の被保険者となることにより被扶養者でなくなる場合は、当該被保険者となった日を記入してください。
5. 『被扶養者となった理由または被扶養者でなくなった理由』欄は以下のとおりに記入してください。
- 追加の場合
- (1) 「出生」、「結婚」、「退職」など事実を具体的に記入してください。
- 削除の場合
- (1) 「就職」、「死亡」など事実を具体的に記入してください。
- (2) 75歳に到達した場合や、一定の障害をお持ちで広域連合の認定を受け、後期高齢者医療制度の被保険者となった場合は「後期高齢者医療」とご記入ください。

※この届書に添付して提出が必要な書類については、

当健康保険組合ホームページ



「申請の手続き」



「家族が増えたとき・減ったとき」



「被扶養者異動届 必要書類一覧表」よりご確認ください。

被扶養者状況調査書

※扶養認定に基づく重要な書類です。正確にご記入ください。

申請対象者が義務教育を終了している場合は、被扶養者異動届と併せて提出してください。
被扶養者状況調査書は、1人の申請対象者につき1部必要になります。

下記のとおり、私の被扶養者として申請します。

申請対象者氏名	(フリガナ)	続柄	生年月日	昭和	年	月	日
				平成			

★当該事項のいずれかに○をし、全ての設問について記入箇所は漏れのないようにしてください。

申請対象者について記入してください

1. 今まで加入していた、もしくは、現在加入している医療保険制度について記入してください。									
(Ⅰ)医療保険制度の種類 a. ()健康保険組合(任意継続保険加入の場合も含む) c. 共済組合 () b. 協会けんぽ()支部(任意継続保険加入の場合も含む) d. 国民健康保険 (Ⅱ)被保険者・被扶養者の別 (被保険者・被扶養者) (Ⅲ)資格喪失年月日 [令和 年 月 日]									
2. 申請対象者に配偶者はいらっしゃいますか。 ※申請対象者が『親』の場合で、配偶者をご健在の方は、配偶者の収入証明を添付してください。 いいえ ・ はい 例)母親を扶養認定したい場合、父親の収入証明を添付					「いいえ」の場合、その理由等を記入してください 理由 [未婚 ・ 離婚 ・ 死亡] 理由が死亡の場合[遺族年金 ⇒ あり ・ なし]				
3. 今まで就職していましたか。(過去1年以内) いいえ ・ はい			退職日	令和 年 月 日			※過去1年以内に退職された場合の退職日		
4. 現在、または今後、収入はありますか。 いいえ ・ はい (現在・今後) 年間合計収入額 (円) 注)収入が右記の合計で、月額108,334円(月額3,612円、60才以上・障害年金該当の方は月額150,000円、月額5,000円)以上あるときは、認定できません。 ※年金受給者は直近の【年金改定通知書(写)】を添付			収入の種類・内訳	雇用保険(失業給付)	なし	あり	月 日から 月 日まで (月額 円)		
				出産手当金	なし	あり	月 日から 月 日まで (月額 円)		
				傷病手当金	なし	あり	月 日から 月 日まで (月額 円)		
				年金	なし	あり	(老齢・遺族・障害・基金・共済)(月額 円)		
				その他	なし	あり	配当・利子・家賃収入・パート・アルバイトその他収入(円) (月額 円)もしくは(年額 円)		
5. 被保険者本人(以下、「あなた」と申請対象者が別居されている場合、あなたは申請対象者に毎月どの程度の生活費を援助していますか。 1ヶ月の仕送り金額 (月額 円) 注)仕送りは「申請対象者」の年収額以上が必要となります。 1年間の仕送り額 (年額 万円) 送金事実の証拠となる書類(銀行振込もしくは現金書留の(写)など)を添付									
6. 申請対象者に、あなた以外の同居の家族はいますか。 ※申請対象者が『配偶者』の場合は記入不要です。 「はい」の場合、申請対象者と同居家族との続柄と、同居家族が扶養できない理由を記入してください。 いいえ ・ はい 続柄:() 理由:									
7. 申請対象者に優先扶養義務者がいないかを確認するため、ご家族(配偶者、親、兄弟姉妹等)の情報を記入してください。 注)申請対象者が、あなたの実親の場合、あなたの兄弟姉妹等、配偶者の親であれば配偶者含め配偶者の兄弟姉妹等を記入してください。									
氏名	被保険者との続柄	年齢	職業	年収	同別居	申請対象者への援助			
				万円	同・別	有(年額 万円)・無			
				万円	同・別	有(年額 万円)・無			
				万円	同・別	有(年額 万円)・無			
				万円	同・別	有(年額 万円)・無			
8. 今回、申請対象者を扶養しなければならない理由および、「7」で記入した家族の方が申請対象者を扶養できない理由を詳しく記入してください。									

上記の通り、相違ありません。認定後事実と相違していることが判明した場合は、被扶養者の抹消、給付の停止、医療費の返還請求にも速やかに応じます。

被保険者氏名

令和 年 月 日

パルグループ健康保険組合