

# 健康保険被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	課長	係長	係

被保険者欄	被保険者証の記号	被保険者証の番号	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
	(フリガナ)		年齢(届出日)	取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	標準報酬月額
	氏名(氏)	(名)		住所	〒 ( ) TEL ( )				

被扶養者欄①	(フリガナ)		年齢(届出日)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
	氏名(氏)	(名)		個人番号(マイナンバー)						
	続柄(詳しく記入)	職業	収入(年収)	交通費含	住所	1.同居 2.別居	別居の場合〒 TEL ( )			
被扶養者になる理由	<input type="checkbox"/> 取得時申請 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> その他( ) 事由該当日( 年 月 日) ※海外居住者(はい・いいえ)				健保記入欄 ※記入しないで下さい	認定	R	年	月	日
被扶養者でなくなる理由	<input type="checkbox"/> 就職・収入増 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> その他( ) 事由該当日( 年 月 日)					削除	R	年	月	日
海外居住者の申請理由	<input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 同行家族 <input type="checkbox"/> 特定活動 <input type="checkbox"/> 海外婚姻 <input type="checkbox"/> その他( ) 事由該当日( 年 月 日)				事業主確認	<input type="checkbox"/> 控除対象 配偶者・扶養親族を確認 <input type="checkbox"/> 続柄を確認済				

被扶養者欄の住所が被保険者と同じ場合、同居に○をつけてください。なお、その場合は隣の住所の記入は不要です。(他の被扶養者欄においても同様)

被扶養者欄②	(フリガナ)		年齢(届出日)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
	氏名(氏)	(名)		個人番号(マイナンバー)						
	続柄(詳しく記入)	職業	収入(年収)	交通費含	住所	1.同居 2.別居	別居の場合〒 TEL ( )			
被扶養者になる理由	<input type="checkbox"/> 取得時申請 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> その他( ) 事由該当日( 年 月 日) ※海外居住者(はい・いいえ)				健保記入欄 ※記入しないで下さい	認定	R	年	月	日
被扶養者でなくなる理由	<input type="checkbox"/> 就職・収入増 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> その他( ) 事由該当日( 年 月 日)					削除	R	年	月	日
海外居住者の申請理由	<input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 同行家族 <input type="checkbox"/> 特定活動 <input type="checkbox"/> 海外婚姻 <input type="checkbox"/> その他( ) 事由該当日( 年 月 日)				事業主確認	<input type="checkbox"/> 控除対象 配偶者・扶養親族を確認 <input type="checkbox"/> 続柄を確認済				

被扶養者欄③	(フリガナ)		年齢(届出日)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
	氏名(氏)	(名)		個人番号(マイナンバー)						
	続柄(詳しく記入)	職業	収入(年収)	交通費含	住所	1.同居 2.別居	別居の場合〒 TEL ( )			
被扶養者になる理由	<input type="checkbox"/> 取得時申請 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> その他( ) 事由該当日( 年 月 日) ※海外居住者(はい・いいえ)				健保記入欄 ※記入しないで下さい	認定	R	年	月	日
被扶養者でなくなる理由	<input type="checkbox"/> 就職・収入増 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> その他( ) 事由該当日( 年 月 日)					削除	R	年	月	日
海外居住者の申請理由	<input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 同行家族 <input type="checkbox"/> 特定活動 <input type="checkbox"/> 海外婚姻 <input type="checkbox"/> その他( ) 事由該当日( 年 月 日)				事業主確認	<input type="checkbox"/> 控除対象 配偶者・扶養親族を確認 <input type="checkbox"/> 続柄を確認済				

受付年月日

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	(印)
電話番号	( )

令和 年 月 日 提出

大阪装粧健康保険組合

社会保険労務士の代行者印	(印)
--------------	-----

## 【健康保険被扶養者(異動)届について】

◎被扶養者として届け出ることができる人は、75歳未満の親族で主として被保険者の収入で生計を維持している人です。

- ① 被保険者の配偶者(内縁を含む)、子・孫・兄弟姉妹・父母など直系尊属。
- ② 被保険者の三親等内の親族、内縁の配偶者の父母及び子で同一の世帯に属する人。  
「主として被保険者の収入で生計を維持する人」とは、恒常的な年間総収入(交通費含)が130万円未満(※認定対象者が60歳以上の者である場合又は概ね厚生年金保険法による障害厚生年金の受給資格に該当する程度の障害者である場合にあっては180万円未満)であって、かつ被保険者の収入の1/2未満であることが原則です。

## 【健康保険被扶養者(異動)届の注意事項】

- ・届出の被扶養者のみを記入してください。別居の場合は、住所と電話番号を記入してください。
- ・個人番号(マイナンバー)については、必ず記入してください。
- ・被保険者との続柄は、「妻」「実父」「長男」など詳しく記入してください。
- ・「被扶養者の職業」欄は、「パート」「高校〇年」「大学〇回生」「年金収入」などと、その実態がわかる様に記入してください。
- ・任意継続被保険者の方の場合は、事業主の証明は不要です。
- ・事業主の確認により、被扶養者が「控除対象配偶者」「控除対象扶養親族」に該当し、続柄を確認した場合は  チェックをいれてください。
- ・申請時に海外居住者(はい・いいえ)に○を記入し、はいの場合は該当日と申請理由を記入してください。  
(海外居住者の申請の場合、添付書類が必要ですので、必要書類につきましては、健康保険組合までお尋ねください。)

## 【この届出に添付して提出するもの】

- 1 ① 配偶者の方は、「生計維持関係調査票(配偶者用)」  
16歳以上で学生以外の方は、「生計維持関係調査票」  
収入が無い方は、「非課税証明書(原本)」、退職された方は「退職が確認できる証明書(写)」か「雇用保険受給資格者証(両面写)」など。  
収入がある方は、収入が確認できる書類「年金額改定通知書(写)」「給与明細書3ヶ月分(写)」等。非課税収入含む。
  - ② 16歳以上で学生の方は、「学生証(両面写)」「在籍証明書」等。
  - ③ 被保険者と別居の方は、「別居世帯全員の住民票(原本)」、同一世帯の属することが条件の方は、「世帯全員の住民票(原本)」
  - ④ 被保険者と別居の方は、生活費の送金を証明する「現金書留・郵便局や銀行などの送金控(写)・通帳の写し」
  - ⑤ 被保険者に配偶者がいない場合は、「世帯全員の住民票(原本)」「(世帯主・続柄記載)被扶養者の「生計維持調査表」
  - ⑥ 配偶者以外を被扶養者とする場合で、配偶者が被扶養者でない時は被保険者と配偶者の収入を証明する書類が必要。(被保険者と配偶者のどちらの被扶養者に認定するのが適正なのかを確認する為)
  - ⑦ 退職等で収入のなくなった方は、「離職票(写)」「健康保険資格喪失証明書」「雇用保険受給資格者証(両面写)」等
  - ⑧ 自営の方は「直近の確定申告書及び収支内訳書(写)」(マイナス所得の場合も提出)
  - ⑨ 不動産・配当金・傷病手当金などの収入や、雇用保険受給中や受給予定の方はその収入額がわかる書類  
その他、必要な書類の提出をお願いする場合があります。
- 2 被扶養者でなくなった場合は、「健康保険被保険者証」を添えて提出してください。(新しい保険証(写)も必要)  
※「限度額適用認定証」「高齢受給者証」等の交付を受けている場合はあわせて添付してください。  
(紛失等で添付できない場合には「回収不能・滅失届」を添付してください)

◎届出についてわからない場合は、健康保険組合 業務部 へおたずねください。