

—記入例—

健康保険被扶養者異動届

＜子（新生児）以外＞

常務理事	事務長	担当者

＜被保険者について＞ご記入ください。

※ 11 は該当される箇所に○をつけてください。

被保険者証の 記号番号	記号 11	番号 1123	事業所名	所属の会社名をご記入ください 出向者は出向元の会社名をご記入ください
被保険者氏名	健康 太郎		所属	勤務先の所属部署をご記入ください 出向者は出向先の会社名をご記入ください
被保険者住所	〒530-8551 大阪府大阪市北区野崎町5-9			

＜被扶養者について＞ご記入ください。

ふりがな	けんこう はなこ	続柄	妻	生年月日	昭和 平成 令和	1年8月12日
氏名	健康 花子					

※続柄は父・母・長男・長女、二男・二女等の区別を記入し

てください。

被扶養者を 申請する場合	個人番号	
	被保険者と [同居・別居]である	別居の場合の住所(〒 -)
	被扶養者を申請する理由 該当する番号①～⑥を○で囲んでください。	
	①結婚 ②退職 ③同居 ④収入の減少※ ⑤雇用保険受給終了 ⑥その他 [具体的内容:]	※転職や雇用契約の変更によって恒常的な収入が減った場合など
被扶養者を申請する理由の発生した日	令和	年 月 日

被扶養者で なくなる場合 <small>配偶者が①②の理由で 被扶養者で なくなる場合は 下欄に進んでください!</small>	被扶養者でなくなる理由 該当する番号①～⑩を○で囲んでください。
	① 就職 ・パート先の健保に加入・法人の代表者または常勤役員に就任] ← た ②収入基準を超えた ③雇用保険を受給した ④配偶者と離婚した ← ⑥死亡 ⑥結婚による独立 ⑦生計維持関係がなくなった [別居した(同居が条件である家族の場合) 独立させた 同居の家族の収入が被保険者の1/2を超えた 別居の家族への送金をやめた その他 ()]
	⑧被保険者が被扶養者の主たる生計維持者ではなくなった(夫婦共働きで家族を扶養している場合) 1.同居 [配偶者・()]の収入が被保険者の収入を上回った。 2.別居 [配偶者・()]の [収入・仕送り額] が被保険者の [仕送り額・収入] を上回った。 ※被保険者と同等の扶養義務者がいる場合も配偶者と同様の取扱いです。() 内にその方の続柄をご記入ください。 ⑨障害のある65～74歳の家族が広域連合の障害認定を受けた ⑩その他 [具体的内容:]
	被扶養者でなくなる理由の発生した日 令和 1 年 7 月 28 日 「健康保険資格喪失証明書」の発行を [希望する・希望しない]

◆配偶者が就職・収入基準を超えたなどの理由で被扶養者でなくなる場合
夫婦双方に収入がある場合、子や同居の家族(父母、義父母など)はどちらか収入が多い方の被扶養者となるため、被扶養者資格の再認定を受ける必要があります。これらの家族を引き続き当健保の被扶養者とする場合は、理由をご記入ください。

妻より私の年収が多いため、子供たちは引き続き私が扶養します。

※配偶者の収入の方が多くなる場合、扶養されている他の家族は「被扶養者でなくなる場合」⑧に該当し、資格喪失手続きが必要となります。

必要書類の詳細については
別紙の「被扶養者を申請するときの提出書類について」
「被扶養者が脱退するときの提出書類について」をご参照ください。

青枠内 の番号は「被扶養者が申請するときの提出書類について」
赤枠内 の番号は「被扶養者が脱退するときの提出書類について」に対応しています。

住民票記載の続柄ではなく、妻・長男・二男(三～九)男・長女・二女(三～九)女・(義)父・(義)母等の続柄をご記入ください。

被保険者と認定対象者の【家族関係】についての証明書類が必要です。 **【1】**

被保険者と認定対象者の【収入基準】、【収入証明書類】、認定対象者の【優先的扶養義務】、被保険者との【生計維持関係】、被保険者の【扶養能力について】、健康保険の【二重加入の禁止】についての証明書類が必要です。 **【2】～【18】**

法人の役員(取締役、理事など)は原則として被用者保険の強制加入被保険者となります。代表者や社員の指揮命令など経営に携わる役員(常勤役員)は収入水準に関わらず被扶養者となることができません。実家の家業などで、業務に関与しない名前だけの役員に就任した場合や、単純作業や一般事務など職務内容が従業員と同等である場合のみ、給与所得者に準じて扱います。

配偶者と離婚し、元配偶者や家族が資格を失う場合

被扶養者が脱退するときの提出書類について①～⑩と連動しています。 **【①】～【⑩】**

・夫婦共働きの場合、認定対象者の【優先的扶養義務】についての証明書類が必要です。 **【14】**
但し、給与収入の確認については以下に限定されますのでご注意ください。
被保険者 **【14】**-(2)1 または 2 今後1年間の年収見込額証明書(雇用主発行のもの)または前年分の源泉徴収票
配偶者 **【14】**-(2)1 または 3 今後1年間の年収見込額証明書(雇用主発行のもの)または給与明細直近3か月分(賞与が無い場合)または雇用契約書

被扶養者について 変更があった場合	① 氏名変更日：	令和 年 月 日
	変更後氏名	
	変更理由	()
	○添付書類 氏名の変更が確認出来る書類	
	② その他変更が発生した日：	令和 年 月 日
	変更理由	()
		※記入例 家族関係の変化など

2021.4月改定

事業主記入欄	
事業所所在地	〒 —
事業所名称	
事業主氏名	
電話	()

社会保険労務士記入欄

~~~~~  
受付日付印

【健保組合処理欄】

|         |                             |
|---------|-----------------------------|
| 認定日     | 年            月            日 |
| 保険証 発行日 | 年            月            日 |
| 認定削除日   | 年            月            日 |
| 保険証 回収日 | 年            月            日 |
| オンライン入力 | 年            月            日 |