健康保険 被扶養者（異動）届

＜扶養に入れるとき＞

常務理事	事務長	係

注）個人番号（マイナンバー）は健保事務担当者が記入してください。

被保険者欄	被保険者証の記号		被保険者証の番号	※枝番号記入不要	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	標準報酬月額	千円 ※健保記入			
	氏名	（フリガナ） （氏）	（名）		資格取得年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	給与以外の年間収入	概算 万			
					住所	〒								

被扶養者欄	氏名	（フリガナ） （氏）	（名）		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	1.男 2.女					
					個人番号（マイナンバー）											
	続柄		職業		住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒 -									
	扶養の事実が生じた日	令和 年 月 日	※出生日、結婚した日、雇用保険受給終了日等		今後の年収見込額	円	備考欄			資格確認書発行要否	□ 発行が必要					
	健保組合記入欄 ▶ 被扶養者認定日 令和 年 月 日															

被扶養者欄	氏名	（フリガナ） （氏）	（名）		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	1.男 2.女					
					個人番号（マイナンバー）											
	続柄		職業		住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒 -									
	扶養の事実が生じた日	令和 年 月 日	※出生日、結婚した日、雇用保険受給終了日等		今後の年収見込額	円	備考欄			資格確認書発行要否	□ 発行が必要					
	健保組合記入欄 ▶ 被扶養者認定日 令和 年 月 日															

被扶養者欄	氏名	（氏）	（名）		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	1.男 2.女					
					個人番号（マイナンバー）											
	続柄		職業		住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒									
	扶養の事実が生じた日	令和 年 月 日	※出生日、結婚した日、雇用保険受給終了日等		今後の年収見込額	円	備考欄			資格確認書発行要否	□ 発行が必要					
	健保組合記入欄 ▶ 被扶養者認定日 令和 年 月 日															

申請対象者は以下の項目について確認し、☑をいれてください。
（✓の記入がない場合は受付できません）

□ 申請する被扶養者の年間収入は、被保険者の収入の2分の1未満かつ１３０万円（６０歳以上、障がい者は１８０万円）未満です。

□ 対象者の収入状況について、今後、貴組合から定期または不定期の調査があった場合には、その指示に従い、収入状況を確認できる書類を提出します。

【届出の注意事項】
*被扶養者追加の届出書類は、この「健康保険被扶養者異動届」と「現況表兼必要書類チェック票」、申請対象者の状況に応じた必要書類（「必要書類一覧表」をご確認ください）です。
*記入訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し訂正印を押印または欄外「訂正者氏名」にフルネームで署名してください。
*提出期限は被扶養者に異動があった日から**5日以内**です。尚、扶養の事実があった日から３０日以内に健保組合へ申請された場合は、扶養の事実があった日に遡って認定とします。
（但し、被保険者の資格取得同時の場合および子どもの出生等に係る申請の場合はこの限りではありません）
*申請の内容が事実と異なることが判明した場合は、判明した時点または遡って認定を取り消すことがあります。

この届出は、事業主経由で提出してください。

事業主記入欄	
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

訂正者氏名：

令和　　年　　月　　日 提出

シーイーシー健康保険組合