

## 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)	(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
		(氏)	(名)					住所	〒					

被 扶 養 者 欄	氏名	(フリガナ)	(名)					生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
		(氏)	(名)					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	今後の年収見込額		備考欄						
	※誕生日、結婚した日、雇用保険受給終了日等													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)	(名)					生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
		(氏)	(名)					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	今後の年収見込額		備考欄						
	※誕生日、結婚した日、雇用保険受給終了日等													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)	(名)					生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
		(氏)	(名)					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	今後の年収見込額		備考欄						
	※誕生日、結婚した日、雇用保険受給終了日等													健保組合記入欄 ▶ 被扶養者認定日 令和 年 月 日

申請対象者の収入が以下の健康保険被扶養者収入要件に該当することを確認して、☑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。

**【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。
- \*扶養の事実が生じた日から30日以内に会社経由で健保組合へ申請、認定された場合以外は、健保組合で申請受理した日が扶養認定日となります。  
 （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。

訂正者氏名：

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	

令和 年 月 日 提出