

健康保険 被扶養者（異動）届 兼 現況表

<60歳以後の再雇用：扶養を継続する方>

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	※被番号記入不要	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
	(フリガナ) 氏名	(氏)	(名)	資格取得 年月日	令和	年	月	日	給与以外の 年間収入	概算 万円
	住所									

被扶養者欄（退職時に認定を受けていた被扶養者で被保険者に扶養されている者）

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。

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	扶養の事実が 生じた日	令和	年	月	日	備考欄	資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要	
健保組合記入欄 ▶ 被扶養者認定日 令和 年 月 日										

現況表

1.被保険者との同居・別居等の状況について				提出書類 ※該当者のみ				
<input type="checkbox"/> 同居								
<input type="checkbox"/> 別居【住所】〒 -				【注意】別居の場合は毎月の送金が必要です。 ※この届出については添付を省略しますが、健保から書類を求めた際には速やかに提出出来るよう控えは必ず保管ください。 ※単身赴任や子の就学の為に別居している場合は原則不要です。				
<input type="checkbox"/> 被保険者が単身赴任中								
2.今後1年間の収入見込みについて				提出書類 ※該当者のみ				添付 チェック
各収入について、無しの場合は☐を入れ、有りの場合は金額を記入ください。								
収入の種類			無	有				
給与（パート・アルバイト含む）			<input type="checkbox"/>	月額	円	給与明細書の写し（直近3カ月分）		<input type="checkbox"/>
年金	老齢／障害／遺族 年金		<input type="checkbox"/>	年額	円	年金振込通知書などの写し ※発行日が直近のもの		<input type="checkbox"/>
	退職年金・企業年金・個人年金		<input type="checkbox"/>	年額	円	※今年度の「検認」で年金振込通知書等を提出済みの方は不要		
傷病手当金・出産手当金・労災の休業補償			<input type="checkbox"/>	日額	円	支払額を証明するものの写し（給付金支給決定通知書等）		<input type="checkbox"/>
その他継続性のある収入 (内容：)			<input type="checkbox"/>	月額	円	収入額が分かるものの写し等 ※確定申告書の写し		<input type="checkbox"/>
自営業収入			<input type="checkbox"/>	年額	円			

【届出の注意事項】

- *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。
- *上記は最低限必要な書類です。状況により、追加で書類をお願いする場合があります。

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