

記入例

交付してある健康保険被保険者証から転記してください。
 (※新規で加入する場合は、記入不要です)

| | | | |
|----------------------|-----|------|-------|
| 被保険者証の記号及び番号 (記号) | 123 | (番号) | 45678 |
|----------------------|-----|------|-------|

健康保険被扶養者(異動)届

| | | |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--------------------------------|-----|------|----------|--------------------------|----------------|---------------------------------|----|------|----------|----|----|----|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | ケンボ | タロウ | 性別 | 男 | 生年月日 | 昭和 | 年 | 月 | 日 | 資格取得の年月日 | 昭和 | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| 氏名 | 健保 | 太郎 | 性別 | 女 | 生年月日 | 平成 | 4 | 8 | 0 | 1 | 0 | 1 | 平成 | 2 | 2 | 0 | 4 | 0 | 1 |
| 住所 | 〒123-4567 ○○県△△市□□1-2-3 コーポ456 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEL | 03-1234-5678 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| この届が受理された後の被扶養者数 | 1名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被扶養者の氏名 | フリガナ | 性別 | 生年月日 | 被保険者との続柄 | 職業等 収入の有無 (年金収入含む) | 被保険者との 居住状況 | 扶養しはじめた理由 又は扶養しなくなった理由とその年月日 | | | | | | | | | | | | |
| 増 | ケンボ | ハナコ | 男 | 昭和 | 年 | 月 | 日 | 22 | 専業主婦 | 同居 | 結婚 | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| 減 | 健保 | 花子 | 女 | 平成 | 4 | 7 | 1 | 0 | 妻 | 有・無 | 同居 | 平成 | 2 | 2 | 0 | 5 | 0 | 1 | |
| 増 | | | 男 | 昭和 | 年 | 月 | 日 | | | | | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| 減 | | | 女 | 平成 | | | | | 有・無 | 同居 | | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| 増 | | | 男 | 昭和 | 年 | 月 | 日 | | | | | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| 減 | | | 女 | 平成 | | | | | 有・無 | 同居 | | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| 増 | | | 男 | 昭和 | 年 | 月 | 日 | | | | | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| 減 | | | 女 | 平成 | | | | | 有・無 | 同居 | | 年 | 月 | 日 | | | | | |

| | |
|------------|----|
| 標準報酬 月額 | 千円 |
| | |

| | |
|------------------------|----|
| 健康組合記入欄 (認定又は削除年月日) | |
| 認定 | 削除 |
| 年 | 月 |
| 平成 | |
| 認定 | 削除 |
| 年 | 月 |
| 平成 | |
| 認定 | 削除 |
| 年 | 月 |
| 平成 | |
| 認定 | 削除 |
| 年 | 月 |
| 平成 | |

下記のコード表から転記してください。
 被扶養者の続柄コード表

| 男 | | | 女 | | | | |
|----|-----|----|------|----|-----|----|------|
| 11 | 父 | 51 | 兄 | 12 | 母 | 52 | 姉 |
| 13 | 祖父 | 53 | 弟 | 14 | 祖母 | 54 | 妹 |
| 15 | 曾祖父 | 55 | 孫 | 16 | 曾祖母 | 56 | 孫 |
| 17 | 養父 | 57 | 曾孫 | 18 | 養母 | 58 | 曾孫 |
| 19 | その他 | | | 19 | その他 | | |
| | 61 | 伯父 | | 62 | 伯母 | | |
| 21 | 夫 | 63 | 叔父 | 22 | 妻 | 64 | 叔母 |
| | | 65 | 甥 | | | 66 | 姪 |
| 31 | 長男 | | 41 | 長女 | | | |
| 32 | 二男 | 71 | 義父 | 42 | 二女 | 72 | 義母 |
| 33 | 三男 | 73 | 義祖父 | 43 | 三女 | 74 | 義祖母 |
| 34 | 四男 | 75 | 義兄 | 44 | 四女 | 76 | 義姉 |
| 35 | 五男 | 77 | 義弟 | 45 | 五女 | 78 | 義妹 |
| 36 | 六男 | 79 | 義曾祖父 | 46 | 六女 | 80 | 義曾祖母 |
| 37 | 七男 | | 47 | 七女 | | | |
| 38 | 養子 | 99 | その他 | 48 | 養女 | 99 | その他 |
| 39 | 子 | | 49 | 子 | | | |

戸籍上の正しい氏名を記入してください。

※扶養認定に基づく重要な書類ですので、正確に記入してください。
 ※削除の場合のみ、該当者の「健康保険被保険者証」を添付してください。
 ※扶養認定に必要な書類がありますので、必ず「健康保険被扶養者(異動)届」に添付する書類一覧を確認の上、該当する書類を添付してください。

| | |
|--------------------------|-----------------|
| 所在地 名称 事業主 電話番号 | 事業主の証明が必要となります。 |
|--------------------------|-----------------|

フォーラムエンジニアリング健康保険組合

小学1年、高校2年、大学3年、専業主婦、パート収入、年金収入等と記入してください。

【扶養しはじめた理由】
 出生、結婚、退職等の事実を記入してください。
 【扶養しなくなった理由】
 就職、離婚、死亡等の事実を記入してください。
 【その年月日】
 出生…出生した日 結婚…結婚した日
 退職…退職した日の翌日
 就職…就職した日 離婚…離婚した日の翌日
 死亡…死亡した日の翌日
 等の年月日を記入してください。

【被扶養者となるための条件(認定基準)】

被保険者からみて一定の範囲内の親族で、主として被保険者の収入により生計を維持されている(被保険者がその世帯の生計維持の中心的役割を果たしている)と認められる方が、基準となる収入の範囲内であれば認定となります。

| | |
|------------|---|
| 一定の範囲内の親族 | ①被保険者の父母、祖父母等の直系尊属と配偶者(内縁関係も含む)、子、孫、弟妹で、主として被保険者の収入によって生計を維持されていると認められる方。 ②被保険者の三親等内の親族で被保険者と同居していて、主として被保険者の収入によって生計を維持されていると認められる方。 ③婚姻の届出をしていないが、実際には婚姻状態にある人(内縁関係の配偶者)の父母、子で被保険者と同居していて、主として被保険者の収入によって生計を維持されていると認められる方。 |
| 基準となる収入の範囲 | 【同居の場合】年間収入が130万円(60歳以上・障害者は180万円)未満で、かつ被保険者の年収の2分の1未満の場合は原則、認定となります。 【別居の場合】年間収入が130万円(60歳以上・障害者は180万円)未満で、その額が被保険者からの仕送り額よりも少ない場合は原則、認定となります。 |