

認定対象者が16才以上は必要。但し、下記①②に該当する場合は、15才以下でも必要です。
①申請者本人(社員)が女性の場合 ②認定対象者が配偶者の連れ子・兄弟姉妹・孫・甥・姪の場合

被扶養者調書

下記の記入事項は、事実に相違ありませんので、届け出します。

届出日		令和 年 月 日		
認定対象被扶養者名 (扶養に入れたい人)				続柄
記号	番号(個人コード)	5		
被保険者名(あなた)				

下記の質問は、**認定対象被扶養者(認定対象者)の状況**について記入してください。

該当する番号および項目に○印をし、必要内容を記入してください。

1. 申請理由について伺います。

①扶養の申請理由を具体的に記入してください

()

2. 認定対象被扶養者の以前の健康保険資格について伺います。

①現在どの健康保険に加入していますか？ もしくは加入していましたか？ (すでに資格喪失している場合、資格喪失日を記入)

1) 協会けんぽ (会社名) (資格喪失日 H・R 年 月 日)

2) 組合管掌健康保険 (会社名) (資格喪失日 H・R 年 月 日)

3) 任意継続保険 (健保名) (資格喪失日 H・R 年 月 日)

4) 国民健康保険 (市区町村名) (資格喪失日 H・R 年 月 日)

5) 家族の扶養 → それは誰の扶養ですか？ 続柄で記入()の扶養 (資格喪失日 H・R 年 月 日)

6) 今まで健康保険に加入したことがない

7) その他 ()

3. 認定対象被扶養者の収入について伺います。

①現在、自営(個人事業)による収入がありますか？ はい(自営業の方は、認定できません) いいえ

②現在、給与収入がありますか？ はい(円/月) → 質問1)へ いいえ

1) その収入の区分はなんですか？ ①パート ②アルバイト ③内職 ④社員 ⑤その他()

③家賃収入・不動産収入・株式配当収入などの収入がありますか？ はい(万円/年) いいえ

④年金(遺族年金・障害年金含む)または恩給を受けていますか？ はい → 下に種類と金額をご記入ください いいえ

()年金(万円/年) ()年金(万円/年)

()年金(万円/年) ()年金(万円/年) 恩給(万円/年)

⑤出産手当金を受給中ですか？ はい(円/月) → いつまでですか？ (H・R 年 月 日) いいえ

⑥傷病手当金を受給中ですか？ はい(円/月) → いつまでですか？ (H・R 年 月 日) いいえ

⑦労災保険法による休業(補償)給付を受給中ですか？

はい(円/月) → いつまでですか？ (H・R 年 月 日) いいえ

⑧上記①～⑦以外の収入がありますか？ はい → 種類() → (円/月) いいえ

⑨この2～3年の間に失業給付の受給資格がありますか？ありましたか？

はい(退職日 H・R 年 月 日) → 質問1)へ いいえ → 質問2)へ

1) ①受給を終了した(受給終了日 H・R 年 月 日)

②受給資格を放棄した → その理由()

③受給期間を延長した(する予定) → (延長手続き完了済み ・ これから延長手続きをする)

④現在、受給中(失業給付基本手当日額 円)

⑤現在、給付制限期間中(H・R 年 月 日まで)

⑥その他()

裏面に続く



常務理事	事務長	担当者

任意継続

健康保険被扶養者（異動）届

令和 年 月 日提出

被保険者欄	記号	5	番号 (健保記入欄)		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	この届出を出す際 の標準報酬月額
	氏名	(フリガナ)			取得 年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
		(氏)		(名)		居所	〒			
						電話番号	-			

被扶養者欄 ①	氏名	(フリガナ)			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
		(氏)		(名)	個人番号						
	続柄	職業	収入 (年収)	円	年金受給 の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	居所 住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	別居の場合	〒	
	被扶養者 になった日 (増)	9. 令和	年	月	日	被扶養者 でなくなった日 (減)	9. 令和	年	月	日	異動の理 由(増・減)
	住民票 住所	同上	〒								認定・削除日(健保記入欄)

居所住所と同じ場合、同上に☑を入れてください。なお、その場合は住民票住所の記入は不要です。(他の被扶養者欄においても同様)

被扶養者欄 ②	氏名	(フリガナ)			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
		(氏)		(名)	個人番号						
	続柄	職業	収入 (年収)	円	年金受給 の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	居所 住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	別居の場合	〒	
	被扶養者 になった日 (増)	9. 令和	年	月	日	被扶養者 でなくなった日 (減)	9. 令和	年	月	日	異動の理 由(増・減)
	住民票 住所	同上	〒								認定・削除日(健保記入欄)

被扶養者欄 ③	氏名	(フリガナ)			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
		(氏)		(名)	個人番号						
	続柄	職業	収入 (年収)	円	年金受給 の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	居所 住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	別居の場合	〒	
	被扶養者 になった日 (増)	9. 令和	年	月	日	被扶養者 でなくなった日 (減)	9. 令和	年	月	日	異動の理 由(増・減)
	住民票 住所	同上	〒								認定・削除日(健保記入欄)

- 注意事項
- 1 続柄欄には「夫」「妻」「父」「母」「長男」「二男」「長女」「二女」「祖父」「祖母」などと記入してください。
 - 2 職業欄には「主婦」「年金受給者」「小学生」「中学生」16歳以上の学生の場合は「高校〇年」「パート」等と記入してください。
 - 3 収入(年収)欄には、非課税対象となる年金(障害・遺族)、失業給付、傷病手当金等も含まれます。
 - 4 異動の理由欄には扶養になったあるいはなくなった理由として、結婚、出生、退職、養子縁組、収入減、収入逆転、就職、死亡、離婚、収入増(社保加入・国保加入)、後期高齢者該当等、事実を具体的に記入してください。

受付日付印