

正

健康保険被扶養者(異動)届

※扶養削除の場合は、健康保険被保険者証を添付して下さい。

常務理事	事務長	係長	係員

健康保険の記号・番号	被保険者の氏名		被保険者の住所		標準報酬月額
—		印	〒		年 月
					千円
【認定】のみ、配偶者が当組合の被保険者ではない場合は、比較のため記入して下さい(添付書類を依頼する場合があります)	被保険者の年間収入	配偶者の年間収入			
	約 万円	約 万円			

申請する対象者1	異動区分	続柄	被扶養者の氏名	性別	生年月日				職業	雇用保険の受給の有無	被保険者との世帯別	別居の場合 住所 仕送りの有無とその金額
	A:認定		フリガナ	男	昭和					有	同居	〒
	B:削除			女	平成					無	別居	無・有 (月額) 円
	個人番号(マイナンバー) 【削除の場合は記入不要】			申請理由(今回申請することになった理由にチェックをつける。 □→☑)						被扶養者の月平均収入額		※認定年月日
			<input type="checkbox"/> 被保険者の入社(取得)に伴う申請 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 収入減少 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 失業給付受給終了 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 (死亡日: 年 月 日) (資格取得日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 ()						年金額 円		R 年 月 日	
									勤労収入 円		※削除年月日	
									その他 円		R 年 月 日	
申請する対象者2	異動区分	続柄	被扶養者の氏名	性別	生年月日				職業	雇用保険の受給の有無	被保険者との世帯別	別居の場合 住所 仕送りの有無とその金額
	A:認定		フリガナ	男	昭和					有	同居	〒
	B:削除			女	平成					無	別居	無・有 (月額) 円
	個人番号(マイナンバー) 【削除の場合は記入不要】			申請理由(今回申請することになった理由にチェックをつける。 □→☑)						被扶養者の月平均収入額		※認定年月日
			<input type="checkbox"/> 被保険者の入社(取得)に伴う申請 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 収入減少 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 失業給付受給終了 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 (死亡日: 年 月 日) (資格取得日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 ()						年金額 円		R 年 月 日	
									勤労収入 円		※削除年月日	
									その他 円		R 年 月 日	
申請する対象者3	異動区分	続柄	被扶養者の氏名	性別	生年月日				職業	雇用保険の受給の有無	被保険者との世帯別	別居の場合 住所 仕送りの有無とその金額
	A:認定		フリガナ	男	昭和					有	同居	〒
	B:削除			女	平成					無	別居	無・有 (月額) 円
	個人番号(マイナンバー) 【削除の場合は記入不要】			申請理由(今回申請することになった理由にチェックをつける。 □→☑)						被扶養者の月平均収入額		※認定年月日
			<input type="checkbox"/> 被保険者の入社(取得)に伴う申請 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 収入減少 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 失業給付受給終了 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 (死亡日: 年 月 日) (資格取得日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 ()						年金額 円		R 年 月 日	
									勤労収入 円		※削除年月日	
									その他 円		R 年 月 日	

令和 年 月 日 提出

※印の欄には記入しないで下さい。

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業所主名	印
電話	

社会保険労務士の提出代行者印	
	印

受付日付印

注意事項

◎被扶養者の範囲(三親等内の親族一覧図参照)

- (1) 被保険者の直系尊属、配偶者(届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。)、子、孫および兄弟姉妹であつて主として、その被保険者により生計を維持しているもの。
- (2) 被保険者の三親等内の親族で、その被保険者と同一の世帯に属し、主としてその者により生計を維持しているもの。
- (3) 被保険者の配偶者で届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にある者の父母及び子であつて、その被保険者と同一の世帯に属し、主としてその者により生計を維持しているもの。
- (4) 上記(3)の配偶者の死亡後におけるその父母及び子であつて引き続きその被保険者と同一の世帯に属し、主としてその者により生計を維持しているもの。

◎被扶養者認定に必要な添付書類について(15歳以上の方)

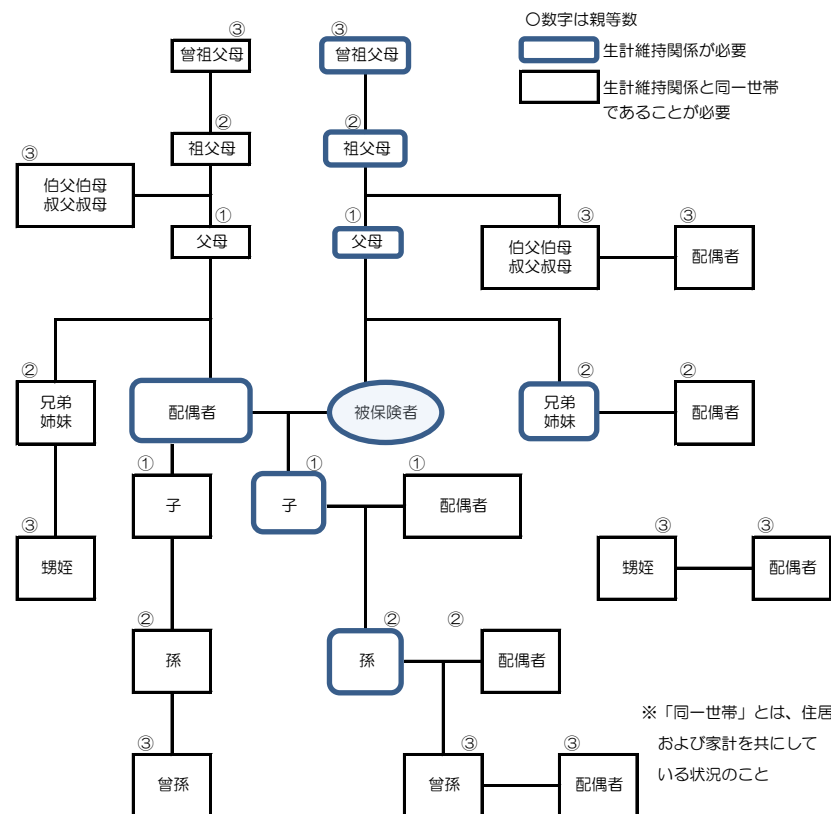
- 現在収入のある場合・・・直近3ヶ月分の給与明細書・源泉徴収票・年金振込通知書・直近の確定申告書(写)および収支内訳書(写)など
- 現在収入のない方・・・市区町村発行の所得証明書・離職票-1・2(写)・雇用保険受給資格者証(写)・資格喪失証明書・送金証明書(写)など
- 学生の方・・・学生証(写)【有効期限が明記されているもの】又は在学証明書など

認定の際に必要な証明書類については、ご家族によって扶養する理由や状況等が異なるため、状況により上記に記載されている以外の書類を追加で提出していただくことがあります。
ご不明な点がある場合は、事業所担当者又は健保組合へお問い合わせください。

記入上の注意

- ①この届出書は、健保組合用で正副それぞれ提出が必要です。
- ②【異動区分】の欄は、被扶養者を認定する場合は「A:認定」を、被扶養者を削除する場合は「B:削除」を○印で囲んでください。
- ③【続柄】の欄は、被保険者との続柄を「妻」「長男」「母」などと詳しく記入してください。
- ④【職業】の欄は、「就職活動中」「中学1年」「大学3年」など、その実態がわかるように記入してください。
- ⑤【雇用保険の受給の有無】の欄は、被扶養者の雇用保険の受給の現況について該当を○印で囲んでください。
- ⑥【被保険者との世帯別】欄で「別居」に○印をした場合は、必ず住所を記入し、仕送りの有無について、該当する文字を○印で囲んでください。有の場合は、仕送り額を月額で記入してください。
- ⑦【個人番号(マイナンバー)】の欄は、認定時には個人番号を記入してください。被扶養者を削除する場合は、記入の必要はありません。
 また、「出生」を理由とする申請の際は、異動届申請時に個人番号が発番されていない場合がありますので、未記入のまま提出していただいて結構です。別途、個人番号の確認を行います。
- ⑦【申請理由】の欄は、該当する申請理由の□に☑を記入してください。該当する理由がない場合は、その他に理由を記入してください。
 また、死亡により被扶養者を削除される場合は、死亡年月日を記入してください。
 就職等により被扶養者を削除される場合は、就職日(資格取得日)を記入し、就職先の保険証の写しを添付してください。
- ⑧【被扶養者の月額平均収入額】の欄には、被扶養者の月平均収入額について各々記入してください。(農業、内職、家賃収入なども含めてください。)
- ⑨【※認定年月日】、【※削除年月日】の欄は、記入しないでください。

三親等内の親族一覧図



副

健康保険被扶養者(異動)届

健康保険の記号・番号	被保険者の氏名		被保険者の住所		標準報酬月額
—		印	〒		年 月 千円
【認定】のみ、配偶者が当組合の被保険者ではない場合は、比較のため記入して下さい(添付書類を依頼する場合があります)	被保険者の年間収入	配偶者の年間収入			
	約 万円	約 万円			

申請する対象者1	異動区分	続柄	被扶養者の氏名	性別	生年月日				職業	雇用保険の受給の有無	被保険者との世帯別	別居の場合 住所仕送りの有無とその金額
	A:認定		フリガナ	男	昭和					有	同居	〒
	B:削除			女	平成					無	別居	無・有 (月額) 円
	個人番号(マイナンバー)【削除の場合は記入不要】			申請理由(今回申請することになった理由にチェックをつける。□→☑)					被扶養者の月平均収入額		※認定年月日	
			<input type="checkbox"/> 被保険者の入社(取得)に伴う申請 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 収入減少 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 失業給付受給終了 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 (死亡日: 年 月 日) (資格取得日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 ()					年金額 円		R 年 月 日		
								勤労収入 円		※削除年月日		
								その他 円		R 年 月 日		
申請する対象者2	異動区分	続柄	被扶養者の氏名	性別	生年月日				職業	雇用保険の受給の有無	被保険者との世帯別	別居の場合 住所仕送りの有無とその金額
	A:認定		フリガナ	男	昭和					有	同居	〒
	B:削除			女	平成					無	別居	無・有 (月額) 円
	個人番号(マイナンバー)【削除の場合は記入不要】			申請理由(今回申請することになった理由にチェックをつける。□→☑)					被扶養者の月平均収入額		※認定年月日	
			<input type="checkbox"/> 被保険者の入社(取得)に伴う申請 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 収入減少 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 失業給付受給終了 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 (死亡日: 年 月 日) (資格取得日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 ()					年金額 円		R 年 月 日		
								勤労収入 円		※削除年月日		
								その他 円		R 年 月 日		
申請する対象者3	異動区分	続柄	被扶養者の氏名	性別	生年月日				職業	雇用保険の受給の有無	被保険者との世帯別	別居の場合 住所仕送りの有無とその金額
	A:認定		フリガナ	男	昭和					有	同居	〒
	B:削除			女	平成					無	別居	無・有 (月額) 円
	個人番号(マイナンバー)【削除の場合は記入不要】			申請理由(今回申請することになった理由にチェックをつける。□→☑)					被扶養者の月平均収入額		※認定年月日	
			<input type="checkbox"/> 被保険者の入社(取得)に伴う申請 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 収入減少 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 失業給付受給終了 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 (死亡日: 年 月 日) (資格取得日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 ()					年金額 円		R 年 月 日		
								勤労収入 円		※削除年月日		
								その他 円		R 年 月 日		

※印の欄には記入しないで下さい。

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業所主名	殿
電話	

令和 年 月 日 提出された健康保険被扶養者(異動)届にもとづき、うえのとおり被扶養者認定/削除になりましたので通知いたします。

令和 年 月 日

京都府農協健康保険組合理事長