

健康保険被扶養者異動(追加)届

◎氏名は住民票に登録されているとおりに記入して下さい。◎続柄は戸籍どおりに記入して下さい。※子ではなく長男など

被 保 険 者 欄	被保険者証		生年月日	昭平 〇〇年〇〇月〇〇日	所属 連絡先(TEL)	〇〇〇〇(株)〇〇〇工場 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇	提出日	令和 〇〇年〇〇月〇〇日
	記号	番号						
	〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	被保険者 氏名	氏 健保	名 太郎	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇〇市〇〇〇1-2-3	

認定対象者の氏名	性別	生年月日	続柄	被扶養者になった理由	被扶養者になった日
フリガナ ケンボ	男	昭平令 〇〇年〇〇月〇〇日	(注)妻・長男等	出生・結婚・ 離職 ・失業給付受給(中)終了	令和 〇〇年〇〇月〇〇日
氏 健保	女		妻	収入減少・入社・その他()	
名 ハナコ	世帯	事実発生日以降1年間の年間収入見込み額	円		所得税法上の控除対象配偶者 または扶養親族の有無
個人番号	同居	認定対象者の の現住所	〒 -		有 無
〇〇〇〇〇〇	別居	認定対象者の の現住所	〒 -		
〇〇〇〇〇〇	認定対象者の住民票住所 ※現住所と異なる場合に記入	〒 -			
認定対象者の氏名	性別	生年月日	続柄	被扶養者になった理由	被扶養者になった日
フリガナ	男	昭平令 年 月 日	(注)妻・長男等	出生・結婚・離職・失業給付受給(中)終了	令和
氏	女			収入減少・入社・その他()	年 月 日
名	世帯	事実発生日以降1年間の年間収入見込み額	円		所得税法上の控除対象配偶者 または扶養親族の有無
個人番号	同居	認定対象者の の現住所	〒 -		有 無
	別居	認定対象者の の現住所	〒 -		
	認定対象者の住民票住所 ※現住所と異なる場合に記入	〒 -			
今回扶養するに至った事情		認定対象者への生計費負担額(別居の時は仕送り額)		あなた以外の扶養義務者が認定対象者を扶養できない理由	認定対象者に収入がある場合その種類と収入額 (恒常的な収入すべて)
令和〇〇年〇〇月〇〇日退職のため 失業給付受給予定 ※出産のため失業給付受給延長予定など		全額負担		他に扶養する者がいないため	0円/年 ※被扶養者の要件を満たす事実発生日 以降の年間見込収入額を記入

<input checked="" type="checkbox"/>	本人の署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。
事業主記入欄	事業主所在地 事業主名称 事業主氏名
	事業主受付日 令和 年 月 日
事業主 確認欄	事業主が確認した場合にチェック✓して下さい ・続柄 ・世帯 ・所得税法上の控除対象配偶者または扶養親族の有無 (年間収入130万円(60歳以上180万円)未満であること)

健保受付日

聴取・調査事項(※健保記入欄)

【注意事項】

- ・チェックが無い場合は公的書類の添付が必要です。
- ・添付書類については、別紙「被扶養者認定に必要な提出書類一覧表」をご確認下さい。

認定日	令和	年	月	日	
担当	G	L	事務長	常務理事	台帳