

健康保険被扶養者（認定）届

① 健康保険の記号	② 健康保険の番号	③ 被 保 険 者 の 氏 名 (氏) (名)	④ 生 年 月 日 昭和 年 月 日 平成	⑤ 性別 男 女	⑥ 異動の別 認定	⑦ 資格取得年月日 昭和 年 月 日 平成	⑧ 標準報酬月額 千円
被 保 険 者 の 住 所		〒		備 考			

◎記入の方法をよく読んで記入してください。

※健保記入欄	⑨被扶養者の氏名	⑩生年月日	⑪性別	⑫続柄	⑬被扶養者の状態及び収入額	⑭認定の理由	⑮被扶養者となった日	⑯被扶養者の住所
		⑰個人番号(マイナンバー)						
増 認定 . .	(フリガナ) (氏) (名)	昭 平 年 月 日	男 女		(年収 円)		平成 年 月 日	
		マ イ ナンバー						
増 認定 . .	(フリガナ) (氏) (名)	昭 平 年 月 日	男 女		(年収 円)		平成 年 月 日	
		マ イ ナンバー						
増 認定 . .	(フリガナ) (氏) (名)	昭 平 年 月 日	男 女		(年収 円)		平成 年 月 日	
		マ イ ナンバー						
増 認定 . .	(フリガナ) (氏) (名)	昭 平 年 月 日	男 女		(年収 円)		平成 年 月 日	
		マ イ ナンバー						

上記の記入事項は事実に相違ありませんので届出します。		平成 年 月 日	受 付 印
被保険者 氏 名		(印)	
上記のとおり相違ないことを証明します。			受 付 印
事業所	所在地 丁目 番 号 名称 事業主氏名 電 話	(印)	

記入の方法

【共通】

- ④及び⑩の生年月日は、該当する年号を○で囲み、昭和51年6月7日の場合は、「51 06 07」のように記入してください。
- ⑤及び⑪の性別は、該当する文字を○で囲んでください。
- ⑦の取得年月日は、該当する年号を○で囲み、平成28年4月1日資格取得の場合は、「28 04 01」のように記入してください。
- ⑧の標準報酬月額は、この届を提出するときの月額を記入してください。
- ⑨の被扶養者の氏名には、必ずフリガナをふってください。
- ⑫の続柄は、被保険者との続柄を「夫」・「妻」・「長女」・「父」・「祖父」・「祖母」・「妻の母」・「内縁の妻」のように記入してください。

【健康保険被扶養者(認定)届】

- ⑭の認定の理由は、「出生」・「婚姻」・「退職」・「失業保険受給終了」などと記入してください。
- ⑬は、その方の状態がわかるように具体的に記入してください。また、収入がある場合は、その種類(給与所得、事業所得、年金所得、その他雑所得)と年間総収入額を記入してください。(例……「中学校2年」・「高校3年」・「無職、年金〇〇〇円」・「パート、年収〇〇〇円」・「病気療養中」)
- ⑯は、被保険者と同居のときは、「同居」と記入してください。「別居」の場合は住所を記入してください。
- ⑰にマイナンバーを間違いのないように記入してください。
- 18歳未満の学生および幼児を菓子として届け出る以外は、別紙の被扶養者認定資料を添付してください。
- 認定資料以外にその方が被保険者によって生計を維持されていることを証明できる資料を添付してください。
(例……大学生・専門学生→学生証のコピー、給与所得のある方→給与明細書直近3カ月のコピー、事業所得のある方→税務署の受付印のある申告書及び決算書のコピー、年金所得のある方→年金支払通知書・源泉徴収票のコピー等、病気療養中の方→診断書、別居の場合→直近3カ月の送金・振込の証明書、内縁の夫婦→両者の戸籍謄本)
- 被保険者の直系尊属、配偶者、子、孫、弟妹、兄姉以外の方を届け出る場合は、被保険者と同一世帯に属していることを証明できる住民票(続柄が省略されていないもの)などを添付してください。
- 配偶者(20歳以上60歳未満)の「国民年金第3号被保険者届」は直接日本年金機構に提出してください。
※そのほか、状況に応じて資料の提出をしていただく場合があります。

◎ 被扶養者として届け出ることができる人は、次の親族で主として被保険者の収入で生計を維持している人です。

- (1) 被保険者の配偶者(内縁を含む)、直系尊属、子、孫、弟妹、及び兄姉
- (2) 被保険者の三親等内の親族、内縁の配偶者の父母及び子で「同一の世帯」に属する人。
「主として被保険者の収入で生計を維持する人」とは、恒常的な年間総収入が一定額以下(基準額は変更されますので、事業所の担当者、当組合にお尋ねください。)であって被保険者に生計の大半を依存している人であることが原則です。

【健康保険被扶養者(削除)届】

- ⑭の削除の理由は、「就職」・「離婚」・「死亡」などと記入してください。死亡の場合は、死亡日の翌日が削除日となります。
- 失業保険の受給開始による削除の場合は、支給開始日が記載された「雇用保険受給資格者証」のコピーを添付してください。
- 削除対象者の健康保険被保険者証を添付してください。

【健康保険被扶養者(訂正・取消)届】

- 生年月日や氏名、削除日等の訂正については、2段書きにし、上段に訂正前のもの、下段に訂正後のものを記入してください。

※ マイナンバーは、被扶養者を「追加する場合のみ」記入してください。