健康保険被扶養者(異動)届に添付してください。

扶 養 状 況 届

提出日	平成	年	月	日
		××	××	××

被保険者証の	記号			番号						被保険者氏名	健保　太郎
	×	×	×	×	×	×	×	×	×		

● 以下は扶養しようとする者について記入してください。

扶養しようとする者の氏名	健保　花子	生年月日	昭 (平)	年	月	日	(満　×× 才)	続柄
				××	××	××		長女

1. 申請に至った理由(あてはまるものをチェックしてください)

☐ 被保険者資格取得に伴い、かねてより扶養していた家族を被扶養者とする

☑ 退職・廃業等により収入が無くなったため　　☐ 契約変更により収入が減少したため(給与所得者のみ)

☐ 結婚したため　　☐ 同居を開始したため

☐ その他　(理由 →　　)

2. 扶養しようとする者が加入していた健康保険(あてはまるものをチェックしてください)

☑ 健康保険(国民健康保険を除く)の被保険者だった　→　健康保険資格喪失証明書を添付してください
(IBM健保組合の被保険者だった場合、下に記号及び番号を記入してください。
記号:　　番号:　　※記入した場合、健康保険資格喪失証明書の添付は不要です。)

☐ 他の家族の被扶養者だった　→　健康保険資格喪失証明書を添付してください

☐ 国民健康保険の被保険者だった　→　国民健康保険証のコピーを添付してください

☐ 外国に居住していたため、日本の医療保険制度には加入していなかった　→　パスポートのコピーを添付してください。

3. 扶養しようとする者の、今後1年間に見込まれる収入

(「有」「無」のあてはまるものを○で囲んでください。「有」の場合は金額を記入し、「必要書類」を添付してください。)

収入の種類	有・無	「有」の場合、その金額(円／年)	必要書類
給与収入	有 ・ (無)	円／年	直近三カ月分の給与明細の写し
年金収入(※1)	有 ・ (無)	円／年	直近の年金振込通知書の写し
事業(営業)収入	有 ・ (無)	円／年	確定申告書の写し・経費明細書(※2)
不動産収入	有 ・ (無)	円／年	確定申告書の写し・経費明細書(※2)
配当収入	有 ・ (無)	円／年	確定申告書の写し
雑収入(年金以外)	有 ・ (無)	円／年	確定申告書の写し・経費明細書(※2)
雇用保険の失業給付	(有) ・ 無	×××××× 円／年	雇用保険受給資格者証の写し (未入手の場合、離職票Ⅰ・Ⅱの写し)
その他の収入(有の場合、具体的な内容を記入)	有 ・ (無)	円／年	収入の内容・金額を証明する書類
	(例:児童手当・傷病手当金など)		

※1:「年金収入」は、老齢・障害・遺族等、すべての公的年金を含みます。また、企業年金、個人年金も含みます。
所得税法上の各種控除や経費等を差し引く前の「収入金額」を記入してください。
※2:「経費明細書」は、確定申告時に提出した収支内訳書又は青色決算申告書の写しをご提出ください。
どちらもない場合、健保組合指定のフォーマットに記入の上ご提出ください。

4. 同居・別居について

被保険者と扶養しようとする者は同居していますか？

☑ はい

☐ いいえ→ 同居していない理由: ☐被保険者の単身赴任のため　☐その他(　　)
→ 月の送金額(単身赴任の場合は記入不要) :　　円
※直近3か月分の送金を確認できる書類を添付してください

5. 扶養しようとする者の世帯、同居状況等について ※配偶者・子を被扶養者とする場合は記入不要です。

扶養する者と同世帯に、18歳以上の親族はいますか？(被保険者を除く)

☐ いいえ

☐ はい→ 扶養しようとする者から見た続柄:
その人が扶養できない理由:

＜同意確認欄＞

上記について事実と相違していることが判明した場合は、遡って資格を取消されることに同意いたします。
また、保険給付費等が発生していた場合は返還いたします。

必ず署名と捺印をお願いします　被保険者署名・捺印:　健保　太郎　(印)

2018.4