

健康保険 被扶養者 異動届 及び 決定通知書

健康 保険 決 裁 欄	常務理事	事務長		係

令和 年 月 日 提出

事業主氏名印		
	<input type="checkbox"/> この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。	

受付日付印

(事業主等受付日) 年 月 日

被保険者欄	被保険者記号・番号	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女	連絡先(外線)	連絡先(内線)
	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	所属	(建物名・フロア)			住所	〒 -			

被扶養者になった場合は「該当」、被扶養者でなくなった場合は「非該当」を○で囲んでください。

被扶養者欄 1	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女	続柄
	住所	〒 -		1.同居 2.別居	海外居住者又は海外から国内に転入した場合は右欄を記入してください。	海外特例要件	<input type="checkbox"/> 海外特例要件 該当 <input type="checkbox"/> 海外特例要件 非該当	理由	1.留学 3.特定活動 5.その他() 2.同行家族 4.海外婚姻等		
	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	被扶養者になった日	令和 年 月 日	職業	1.無職 4.小・中学生以下 2.パート 5.高・大学生(年生) 3.年金受給者 6.その他()	年収	万円	理由	1.出生 4.同居 2.離職 5.入社 3.収入減 6.その他()	失業給付手続日(求職日)	月 日
	被扶養者でなくなった日	令和 年 月 日	理由	1.死亡 4.後期高齢者 2.就職 5.その他() 3.収入増加	備考	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> マイナ保険証を持っていない				

被扶養者欄 2	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女	続柄
	住所	〒 -		1.同居 2.別居	海外居住者又は海外から国内に転入した場合は右欄を記入してください。	海外特例要件	<input type="checkbox"/> 海外特例要件 該当 <input type="checkbox"/> 海外特例要件 非該当	理由	1.留学 3.特定活動 5.その他() 2.同行家族 4.海外婚姻等		
	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	被扶養者になった日	令和 年 月 日	職業	1.無職 4.小・中学生以下 2.パート 5.高・大学生(年生) 3.年金受給者 6.その他()	年収	万円	理由	1.出生 4.同居 2.離職 5.入社 3.収入減 6.その他()	失業給付手続日(求職日)	月 日
	被扶養者でなくなった日	令和 年 月 日	理由	1.死亡 4.後期高齢者 2.就職 5.その他() 3.収入増加	備考	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> マイナ保険証を持っていない				

被扶養者欄 3	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女	続柄
	住所	〒 -		1.同居 2.別居	海外居住者又は海外から国内に転入した場合は右欄を記入してください。	海外特例要件	<input type="checkbox"/> 海外特例要件 該当 <input type="checkbox"/> 海外特例要件 非該当	理由	1.留学 3.特定活動 5.その他() 2.同行家族 4.海外婚姻等		
	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	被扶養者になった日	令和 年 月 日	職業	1.無職 4.小・中学生以下 2.パート 5.高・大学生(年生) 3.年金受給者 6.その他()	年収	万円	理由	1.出生 4.同居 2.離職 5.入社 3.収入減 6.その他()	失業給付手続日(求職日)	月 日
	被扶養者でなくなった日	令和 年 月 日	理由	1.死亡 4.後期高齢者 2.就職 5.その他() 3.収入増加	備考	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> マイナ保険証を持っていない				

被保険者の配偶者が被扶養者ではないとき(例: 夫婦共働きの場合)は記入してください。	配偶者の年収見込額	万円
--	-----------	----

※被扶養者の「該当」と「非該当」は同時に提出できません。「該当」、「非該当」はそれぞれ別の用紙で提出してください。

扶養に関する申立書(添付書類の内容について補足する事項がある場合に記入してください)
--

上記のとおり (認定 ・ 削除) しましたのでご通知いたします

ダイハツ健康保険組合理事長

この処分不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書又は口頭で社会保険審査官(地方厚生(支)局内)に対して審査請求をすることができます。また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2か月以内に文書又は口頭で社会保険審査会(厚生労働省内)に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があった日から6か月以内(再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6か月以内)に、健康保険組合を被告として提起することができます。(ただし、原則として、決定又は裁決の日から1年を経過したときは、提起することができなくなります。)なお、審査請求があった日から2か月を経過しても決定がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。

(裏面あり)

記入方法

○被保険者欄

- ・被保険者：「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」に記載の記号・番号をご記入ください。
- ・氏名：住民票に登録されているものと同じ氏名を記入してください。
- ・住所：住民票の住所をご記入ください。

○被扶養者欄

- ・氏名：住民票に登録されているものと同じ氏名を記入してください。
- ・続柄：被保険者との続柄を夫、妻、長男、長女、父、母等と記入してください。
被保険者と同居または別居のいずれかを○で囲み、同居の場合は住所記入は不要です。別居の場合は住所欄に住民票の住所をご記入ください。なお海外居住者については、国内における協力者住所(親族、被保険者の勤務先住所等)を肩書も含めてご記入の上、「備考欄」に海外居住先の国名ならびに国内協力者の氏名及び続柄をご記入ください。
- ・被扶養者：被保険者の健康保険加入と同時に提出する場合は「取得年月日」と同日、それ以外の場合は実際に被扶養者になった日をご記入ください。
- ・年収：今後1年間の年間収入見込額をご記入ください。収入には非課税対象のもの(障害・遺族年金、失業給付等)も含まれます。非課税対象の収入がある場合は、受取金額が確認できる書類のコピーを添付の上、「備考」欄に具体的な内容をご記入ください。
- ・被扶養者：死亡による場合は死亡日の翌日をそれ以外の場合は非該当になった当日の日付をご記入ください。
- ・海外特例：海外特例要件該当・非該当のいずれかを○で囲み、理由をご記入ください。海外特例要件非該当で国内転入の場合は転入した日をご記入ください。
- ・配偶者の：配偶者以外を被扶養者とする場合で、被保険者の配偶者が被扶養者でないときは配偶者の年間収入見込額をご記入ください。これは配偶者以外の方について、被保険者と配偶者のどちらの被扶養者に認定するのが適正なのかを確認するためです。

【扶養増員手続】 被扶養者認定に必要な提出書類一覧

認定対象者の状況等	認定対象者の続柄		子		兄弟姉妹		配偶者の父母	添付書類	書類の入手先	備考	
	配偶者		16歳未満	16歳以上	16歳未満	16歳以上					
直近または現在加入の健康保険を証明するもの	○	△	△	○	○	○	○	健康保険資格喪失証明書(国民健康保険の場合は保険証のコピー)	健康保険組合等の関係機関	「出生」「夫婦共同扶養の子の扶養者変更」の場合は不要	
続柄等を証明するもの	○	○	○	○	○	○	○	住民票	市区町村	世帯全員、続柄の記載があるもので、発行から90日以内のもの	
	別居している方	○	○	○	○	○	○	戸籍個人事項証明書	市区町村	被保険者との続柄が確認できるもの	
生計維持関係を保証するもの	収入がない方	○	○	○	○	○	○	認定対象者の(非)課税証明書	1月1日に居住の市区町村	収入・所得金額の記載があるもの。昼間学生の方は不要	
		退職により収入がない方	未加入	○	○	○	○	○	退職証明書	前勤務先	健康保険資格喪失証明書に退職日の記載がある場合は省略可
			受給申請する場合	○	○	○	○	○	退職証明書	前勤務先	異動届に求職日を必ず記入ください。
			受給申請しない場合	○	○	○	○	○	退職証明書、離職票1・2のコピー	前勤務先	健康保険資格喪失証明書に退職日の記載がある場合は省略可
				雇用保険不受給誓約書						ダイハツ健保HP	
			受給延長する場合	○	○	○	○	○	退職証明書、離職票1・2のコピー	前勤務先	健康保険資格喪失証明書に退職日の記載がある場合は省略可
雇用保険受給延長誓約書						ダイハツ健保HP					
受給終了した場合	○	○	○	○	○	○	雇用保険受給資格者証の両面コピー	ハローワーク	ハローワークにて支給終了等の証明があるもの		
給与収入のある方(パート・アルバイト等)	○		○	○		○	直近3カ月の給与明細書コピー 雇用契約書のコピー または 年間収入見込証明書	勤務先	扶養をはじめた日からこう先一年間の年収を推定できるもの(いずれかひとつ)		
年金を受給している方	○		○	○		○	直近の振込通知書のコピー	日本年金機構			
給付金等を受給している方	○		○	○		○	各給付等の振込通知書のコピー	健康保険組合等の関係機関			
学生の方	○		○			○	学生証 または 在学証明書のコピー	就学先			
自営業を廃業した方	○	○	○	○	○	○	課税証明書	1月1日に居住の市区町村			
							廃業届のコピー	税務署			
別居している方			△	○	○	○	送金証明書のコピー(直近3カ月の銀行振込明細書等)	金融機関	子で就学のために別居している場合は不要。手渡し等による送金は不可		
「結婚」が異動理由の方	○						婚姻届受理証明書	市区町村			
「養子縁組」が異動理由の方		○	○				養子縁組届受理証明書	市区町村			

【扶養減員手続】 ※下記以外の事由による減員手続については添付書類は不要です。被扶養者異動届に該当者の保険証(または資格確認書)を添えて提出ください。

理由	添付書類	書類の入手先	備考	扶養削除日
勤務先の健保に加入	「資格情報のお知らせ」等のコピー	新加入健保等		新資格の取得日
扶養者変更(夫婦共同扶養の子)	「資格情報のお知らせ」等のコピー	新加入健保等	変更先の手続きを先に行ってください	新資格の取得日
雇用保険受給開始	雇用保険受給資格者証(両面)のコピー	ハローワーク	受給開始日と日額が記載されたもの	受給開始日
死亡	死亡診断書のコピー	医療機関等		死亡日の翌日

・状況に応じて別途書類の提出を求める場合があります。